



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Dirección General de Estudios de Posgrado

Facultad de Medicina

Unidad de Posgrado

**Representaciones sociales del cuidado de enfermería
desde un enfoque humanístico. Hospital Estatal Cerro
de Pasco – Perú. 2013-2014**

TESIS

Para optar el Grado Académico de Doctor en Ciencias de la Salud

AUTOR

Nelly Marleni HINOSTROZA ROBLES

ASESOR

Miguel Ángel OLIVEROS DONOHUE

Lima, Perú

2016



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Hinostroza N. Representaciones sociales del cuidado de enfermería desde un enfoque humanístico. Hospital Estatal Cerro de Pasco – Perú. 2013-2014 [Tesis de doctorado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Unidad de Posgrado; 2016.



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

(Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA)

FACULTAD DE MEDICINA

UNIDAD DE POST GRADO

SECCIÓN DOCTORAL

"Año de la Consolidación del Mar de Grau"



ACTA DE SUSTENTACION DE TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE DOCTOR

En la ciudad de Lima, a los veinte días del mes de octubre del año dos mil dieciséis, siendo las 11:30 am, ante el Jurado de Sustentación, bajo la Presidencia del **DR. SALOMON WILFREDO ZAVALA SARRIO** y los Miembros del mismo, los Doctores:

DR. SALOMON WILFREDO ZAVALA SARRIO

PRESIDENTE

DRA. MARTHA NICOLASA VERA MENDOZA

MIEMBRO

DR. JUAN PEDRO MATZUMURA KASANO

MIEMBRO

DRA. ANGELA ROCIO CORNEJO VALDIVIA DE ESPEJO

MIEMBRO

DR. MIGUEL ANGEL OLIVEROS DONOHUE

ASESOR

La postulante al Grado de Doctor en Ciencias de la Salud, es Magister en Enfermería, doña **NELLY MARLENI HINOSTROZA ROBLES**, procedió a hacer la exposición y defensa pública de su Tesis titulada: «**REPRESENTACIONES SOCIALES DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA DESDE UN ENFOQUE HUMANÍSTICO. HOSPITAL ESTATAL CERRO DE PASCO PERÚ. 2013-2014**», para optar el Grado Académico de Doctor.

Concluida la exposición, se procedió a la evaluación correspondiente, después de la cual obtuvo la siguiente calificación **C BUENO 16**; a continuación el Presidente del Jurado recomienda que la Facultad de Medicina proponga que se le otorgue a la Magister **NELLY MARLENI HINOSTROZA ROBLES**, el Grado Académico de **Doctor en Ciencias de la Salud**.

Se expide la presente Acta en tres originales y siendo las 12:50 horas se da por concluido el acto académico de sustentación.

DRA. MARTHA NICOLASA VERA MENDOZA
MIEMBRO DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN

DR. JUAN PEDRO MATZUMURA KASANO
MIEMBRO DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN

DRA. ANGELA R. CORNEJO V. DE ESPEJO
MIEMBRO DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN

DR. MIGUEL ANGEL OLIVEROS DONOHUE
ASESOR DE LA TESIS DE SUSTENTACIÓN

DR. SALOMON WILFREDO ZAVALA SARRIO
PRESIDENTE DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN

Dr. Salomón W. Zavala Sarrio
Jurado Examinador
PRESIDENTE

Dra. Martha N. Vera Mendoza
Jurado Examinador
MIEMBRO

Dr. Juan P. Matzumura Kasano
Jurado Examinador
MIEMBRO

Dra. Angela R. Cornejo Valdivia
Jurado Examinador
MIEMBRO

Dr. Miguel A. Oliveros Donohue
Jurado Examinador
ASESOR

**“REPRESENTACIONES SOCIALES DEL CUIDADO DE
ENFERMERÍA DESDE UN ENFOQUE HUMANÍSTICO.
HOSPITAL ESTATAL CERRO DE PASCO – PERÚ.
2013-2014”**

A DIOS

*Por iluminar mi existencia
y fortalecerme cada día.*

A JESÚS

El gran maestro y amigo fiel que nunca falla.

A LA ENFERMERA (O) PERUANA(O)

*Por su constante esfuerzo y dedicación
por el cuidado al paciente, familia y comunidad,
aún con las dificultades que encuentra en su devenir.*

A la memoria de Julia y Salomón, mis padres.

De ellos aprendí el amor y el servicio al prójimo.

A Fernando y Cindy, mis hijos.

Motivación de mi existencia y alegría.

A César, mi esposo.

Por su apoyo y compañía.

Mi eterna gratitud:

A las autoridades y personal administrativo de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos-Unidad de Post Grado por su apoyo en mi formación doctoral y motivación en la investigación.

A mis maestros, los doctores en Ciencias de la salud y doctoras en enfermería por su excelencia académica.

Al Director, Jefa de enfermeras, enfermeras (os) del Hospital Estatal de Cerro de Pasco, fuente de conocimientos que permitió la investigación.

A la Antropóloga Rosario Bartolini Martínez y Dra. Carmen Teresa Cruz Carbajal por sus orientaciones en la investigación cualitativa.

A la Dra. Isabel Amemiya Hoshi por su paciencia en la enseñanza de la investigación.

A los miembros del jurado examinador; Dr. Salomón Wilfredo Zavala Sarrio, Dr. Juan Pedro Matzumura Kasano, Dr. Miguel Oliveros Donohue, Dra. Martha Vera Mendoza, Dra. Rocío Cornejo Valdivia por su amabilidad y dedicación en la revisión de la tesis.

A mis hermanos Magna, Roy, Joel, Tito, José y Jenny, mis sobrinos Hubert y Nancy con quienes en el amor y solidaridad hacemos hermosa nuestra existencia, cumpliendo el anhelo de nuestros padres.

RECONOCIMIENTO

“A la cabeza del dominio natural de las especies, en el riesgo de la categoría de solitario (el hombre) rodeado por el aire de un caos que cobró existencia con él, espera secreta y tímidamente el SÍ que le permita ser y que sólo puede llegar de un ser humano a otro”. Parafraseando: Es de un hombre a otro que el alimento espiritual del ser se transmite y nos humaniza.

Martin Buber

Escritor y filósofo de Viena, Austria

Agradezco y reconozco la calidad humana y profesional del Dr. Miguel Oliveros Donohue asesor de la tesis.

Asimismo a la Dra. Martha Vera Mendoza y Dra. Rocío Cornejo Valdivia, por sus valiosos aportes y sugerencias.

ÍNDICE GENERAL

Pág.

Título	ii
Dedicatoria.....	iv
Agradecimiento	v
Reconocimiento	vi
Índice general	vii
Lista de esquemas.....	ix
Lista de categorías.....	x
Resumen	xi
Summary	xii

CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN

1.1. Situación problemática	4
1.2. Formulación del problema	7
1.3. Justificación de la investigación.....	7
1.3.1. Justificación teórica	7
1.3.2. Justificación práctica	8
1.4. Objetivo de la investigación	9

CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO

2.1. Marco filosófico o epistemológico de la investigación.....	10
2.1.1. Representaciones sociales	10
2.1.2. El cuidado de enfermería desde un enfoque humanístico como objeto de representación social.....	18
2.1.3. Filosofía y ciencia del cuidado	19
2.1.4. Significado de la enfermería humanística.....	25
2.2. Antecedentes de la investigación.....	31
2.3. Bases teóricas	37
2.3.1. Evolución histórica del cuidado humano	37
2.3.2. El arte de la ayuda de la enfermería clínica	44

CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA

3.1. Tipo de investigación	51
3.2. Método de Investigación	52

3.3. Informantes del estudio.....	52
3.4. Unidad de análisis.....	53
3.5. Escenario de la Investigación.....	53
3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	55
3.7. Proceso de trabajo de campo	56
3.8. Consideraciones éticas	58

CAPÍTULO 4: RESULTADOS

4.1. Datos generales.....	59
4.2. Descripción, análisis e interpretación de resultados	59
4.2.1. Categorías emergentes de las representaciones sociales (RS) del cuidado de enfermería desde un enfoque humanístico en los servicios hospitalarios	59
4.3. Hipótesis emergentes	114

CONSIDERACIONES FINALES	115
--------------------------------------	------------

RECOMENDACIONES.....	117
-----------------------------	------------

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	119
---	------------

ANEXOS.....	124
--------------------	------------

LISTA DE ESQUEMAS

Pág.

ESQUEMA FIGURATIVO 1

Identificando el significado de ser enfermera (o)61

ESQUEMA FIGURATIVO 2

Identificando el significado de cuidado

Humanístico según la/el enfermera (o)71

ESQUEMA FIGURATIVO 3a

Identificando la interacción profesional enfermera-paciente y

familiar en los servicios hospitalarios (R.S.)80

ESQUEMA FIGURATIVO 3b

Identificando la interacción profesional enfermera-familiar en los servicios

hospitalarios (R.S.)81

ESQUEMA FIGURATIVO 4

Actitudes y valores de la enfermera(o) relacionados al cuidado humanístico

en los servicios hospitalarios (R.S.)101

Núcleo Figurativo de las (RS) del Cuidado de Enfermería desde

Desde un enfoque humanístico. Hospital Estatal Cerro de Pasco-Perú...112

LISTA DE CATEGORÍAS

	Pág.
CATEGORÍA 1	
Identificando el significado de ser enfermera (o)	62
CATEGORÍA 2	
Identificando el significado de cuidado	
Humanístico según la enfermera (o).....	72
CATEGORÍA 3	
Identificando la interacción profesional enfermera-paciente y	
familiar en los servicios hospitalarios.....	82
CATEGORÍA 4	
Actitudes y valores relacionados al cuidado humanístico en	
el entorno de los servicios hospitalarios	102

RESUMEN

La investigación tuvo como objetivo describir y construir las representaciones sociales (RS) del cuidado de enfermería desde un enfoque humanístico en el Hospital Estatal de Cerro de Pasco-Perú.

Tipo de investigación cualitativa, método descriptivo-interpretativo fundamentado en la teoría de las (RS) de Serge Moscovici. La muestra lo constituyeron veintiún enfermeras que laboran en los servicios de hospitalización. La técnica e instrumento de recolección de datos fueron la observación participante y la entrevista en profundidad respectivamente. El análisis de los datos se realizó según los mecanismos de “objetivación” y “anclaje” y la hermenéutica, logrando la construcción de las (RS).

Los resultados evidencian cuatro categorías: **identificando el significado de ser enfermera (o)** (persona con “vocación” y voluntad de servicio a la humanidad desarrollando cualidades altruistas, profesional disciplinada/o que cumple funciones básicas, aplicando teorías y modelos reflejados en el proceso de cuidado de enfermería); **identificando conocimientos del significado de cuidado humanístico según la enfermera/o** (es tener conocimientos científicos, habilidades y destrezas procedimentales y relacionales para brindar cuidado integral con amor, es esencia de enfermería brindando apoyo y comprensión al dolor y sufrimiento con calidad y calidez, es interactuar con el paciente, familia y equipo de salud); **identificando la interacción profesional en los servicios hospitalarios** (interacción enfermera-paciente: reconociendo fortalezas y debilidades, interacción enfermera-familiar: reconociendo fortalezas y debilidades), **actitudes y valores en el entorno de los servicios hospitalarios** (trabajo en equipo, comunicación asertiva, promover coordinación permanente, liderazgo para satisfacer necesidades del paciente, fortalecer el respeto mutuo, humildad, disciplina, inteligencia emocional, solidaridad, responsabilidad y honestidad).

Palabras Clave: Enfermería, cuidado humanístico, representaciones sociales.

SUMMARY

The research aimed to describe and build the social representations (SR) of nursing care from a humanistic approach at the State Hospital of Cerro de Pasco, Peru.

Type of research qualitative, descriptive-interpretative method based on the theory of the (SR) by Serge Moscovici. The sample was constituted by twenty one nurses working in surgical and medicine services. The technique and instrument for data collection were participant observation and in-depth interviews respectively. The data analysis was performed according to the mechanisms of "objectivity" and "anchor" and hermeneutics, making the construction of social representation.

The results show four categories: **Identifying the meaning of being a nurse** (person with "vocation" and willingness to serve humanity by developing altruistic qualities. Disciplined professional who fulfills basic functions, applying theories and reflected patterns in the care process of Nursing). **Identifying knowledge of the meaning of humanistic care by nurse** (Is to have scientific knowledge, abilities and procedural and relational skills to provide comprehensive care with love. It is the essence of nursing to provide support and understanding to pain and suffering with quality and warmth. Is to interact with the patient, family and health team). **Identifying professional interaction in hospital services** (Nurse-patient interaction: recognizing strengths and weaknesses), (Nurse-family interaction: recognizing strengths and weaknesses)

Attitudes and values in the environment of hospital services (Teamwork, assertive communication, promote ongoing coordination, leadership to meet patient needs, strengthen mutual respect, humility, discipline, emotional intelligence, solidarity, responsibility and honesty.

Keywords: Nursing, humanistic care, social representations.

CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN

La presente investigación se centra en la descripción y construcción de las representaciones sociales (RS) del cuidado de enfermería desde un enfoque humanístico en los servicios hospitalarios de un hospital estatal de Cerro de Pasco-Perú, que permitió hacer un análisis holístico del quehacer profesional de la enfermera (o), enfatizando la descripción y verificación de teorías en la práctica de enfermería para construir la representación social del cuidado.

La docencia en enfermería, actividad que desarrolla la investigadora, le ha permitido reflexionar y orientar sus intereses profesionales a concentrar sus esfuerzos en investigar lo que considera fundamental y trascendente en el ejercicio de la enfermería, esto es, la práctica humanística de los cuidados, situación tan cuestionada por la sociedad en la actualidad. Su esclarecimiento permitirá tomar medidas de mejora, manteniendo la identidad y sello de calidad del cuidado de enfermería en los servicios hospitalarios.

El término cuidado humanístico está dirigido a la expresión cuidado del paciente; ese cuidado debe ser con una acción interactiva, transpersonal; esa acción y comportamiento se refleja en la ética y conocimiento del ser que cuida; esa experiencia existencial ocurrida en un momento dado genera una situación de crecimiento y empoderamiento profesional.

El proceso de cuidar es intencional y sus objetivos son varios, dependiendo del momento, de la situación, de la experiencia por ser un proceso y una preocupación con un fin: lograr el bienestar y desarrollo de la persona.

Cuando hablamos de cuidado humanístico debemos admitir la trascendencia que esto implica, pues es el cuidado de dos personas a la vez y que en cada una de ellas se reflejan en un momento de interacción transpersonal, una historia, un

contexto, una impronta familiar y una colección de experiencias que se suman a la actual y la transforman como parte de su evolución y de la evolución total.

La enfermería comprendida así debe centrar su paradigma en el cuidado de la experiencia de la salud humana con un enfoque humanístico; es decir, la reciprocidad y la simultaneidad generaran el cumplimiento del deber y el compromiso con la persona, consigo mismo y con el universo evolutivo.

El objetivo de la enfermería humanística es entender al ser humano, el modo en que percibe el mundo, permite describir la situación de cuidado profesional que es en realidad un mundo subjetivo-objetivo que ocurre entre dos personas enfermera-paciente.

A la enfermera(o) le toca estar con los seres humanos en momentos trascendentes de su vida, en circunstancias de lo más íntimas (evolución, nacimiento, triunfo, pérdida, separación, y muerte) sucesos producidos en etapas de vida, y tiene la seguridad de que es importante explorar la realidad de la experiencia humana para entender al hombre y cuidarlo. Las oportunidades que afronta el profesional son únicas, ya que se puede describir al hombre en el cuidado de enfermería. Cada ser humano tiene algo que enseñar si sabemos comunicar y escuchar.

Las acciones de cuidar deben estar articuladas con el significado moral. La clave para la práctica de enfermería humanística es mostrar respeto por el mundo de las personas cuya mayor aspiración es ser y vivir con dignidad. No existe manuales para cuidar; el cuidado debe ser vivenciado para experimentar y transmitir las experiencias en la enseñanza y la práctica y fortalecer el ejercicio profesional.

El cuidado de enfermería debe ser específico, personal y tangible de tal manera que la persona lo diferencie de las acciones curativas, y al experimentar su impacto, lo valore; esto permitirá el crecimiento e identidad profesional.

El cuidado humanístico sustentado en la ética de enfermería es la clave para la práctica. Por lo tanto, necesita ser mejor comprendido y vivenciado, considerando la filosofía existencial, humanista y fenomenológica de la enfermera-paciente, que le da una característica científica al cuidado, ésta permitirá un mejor desenvolvimiento del profesional de enfermería en los servicios de salud.

La estructura del estudio cualitativo se presenta en cuatro capítulos: En el **Capítulo 1** se considera la introducción, situación problemática, formulación del problema, justificación teórica, justificación práctica y objetivo. El **Capítulo 2** presenta el marco filosófico o epistemológico de la investigación, antecedentes de la investigación, bases teóricas. En el **Capítulo 3** se considera la metodología, tipo y método de investigación, informantes del estudio, unidad de análisis, escenario de la investigación, técnicas e instrumentos de recolección de datos, proceso de trabajo de campo y consideraciones éticas. El **Capítulo 4** presenta los resultados, categorías emergentes de las (RS) del cuidado de enfermería desde un enfoque humanístico e hipótesis emergentes. Finalmente se presenta las consideraciones finales, recomendaciones, referencias bibliográficas y anexos.

1.1. Situación problemática

Ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidados de la salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de la profesional de enfermería (Watson , 2012).

Por otro lado, Marriner (2008) considera que la enfermería necesita una revolución humanística que la vuelva a centrar en su función cuidadora en la atención y apoyo al paciente, además si dicha revolución no se produce los pacientes podrían demandar los servicios de una clase nueva y diferente de profesionales sanitarios.

El Colegio de Enfermeros del Perú hace un análisis de la situación de Enfermería, reflexiona que se precisa mejorar la práctica profesional reconociendo que la práctica debe ser un trabajo de transformación, porque enfermería debe dar respuesta a los cambios de patrones de la salud relacionados con la modernización, por cuanto el sedentarismo, la dieta mal balanceada, el tabaquismo, drogadicción y degradación ambiental, generaran enfermedades crónicas limitantes, enfermedades mentales y suicidios, incrementando el costo económico y emocional para la familia y los cuidadores. Enfermería debe dar una repuesta factible, pues vemos que en el entorno hospitalario se ofrece un complejo altamente tecnificado, riesgoso para pacientes y personal, centrado en los procesos productivos y en la reducción de costos, la administración enfatiza la primacía de resultados inmediatos potencialmente deshumanizante para pacientes y personal. Frente a esta realidad, se precisa hacer investigaciones de cuidado humanizado, para el fortalecimiento de los campos de la práctica profesional (Zapata, 2011).

Para el profesional de enfermería que labora en los servicios de hospitalización es importante y fundamental considerar el enfoque humanístico en el cuidado que brinda al individuo, familia y comunidad. Esto le permite una interacción

dinámica para explorar su mundo de vivencias frente al sufrimiento y dolor producto de la enfermedad y potenciar el cuidado; este debe ser dado con principios éticos, conocimientos, habilidades y destrezas comunicativas y motrices, cualidades que identifican y legitiman la profesión. Cuidado humanizado es una forma de vivir, ser, y expresarse, es una postura ética y estética frente al mundo, es un compromiso de estar en el mundo y contribuir con el bienestar general, en la preservación de la naturaleza, la dignidad humana, la espiritualidad y así construir la historia del conocimiento de la vida (Waldow, 1,998), y contribuir con la ciencia de enfermería.

Cuidar es la esencia de enfermería. El cuidado es el elemento paradigmático que hace la diferencia entre enfermería y otras disciplinas del área de salud. El significado de cuidar no es sólo vigilar el comportamiento homeodinámico, la identificación de problemas y/o administración de medicamentos por vías invasivas, realizar procedimientos técnicos, entre otros. Implica además tener una formación basada en el interés real de restablecer la condición de bienestar del paciente, sensibilidad para percibir y comprender los sentimientos, mantener la confidencialidad, identidad e intimidad, capacidad para actuar y humanizar su accionar basado en conocimientos científicos de enfermería, que proporcionan las teorías y modelos.

Considerando que vivimos una realidad económica, política y social en nuestro país que ha transformado el pensamiento y comportamiento de los peruanos y que de esta realidad no escapan los sectores sociales, como es el caso del sector salud, que por una serie de circunstancias han generado el cambio de actitud de muchos de sus actores entre ellos las enfermeras (os); se observa que los profesionales en las diferentes instituciones afrontan un régimen de inestabilidad laboral y la exigencia de la productividad en los servicios desconsiderando el enfoque humano y más centrado en procesos.

Es importante considerar que en la actitud de las enfermeras (os) muchas veces influyen factores de tipo familiar, problemas socioeconómicos que interfieren su labor profesional. En consecuencia, cada vez son frecuentes las

quejas de los pacientes de un trato inadecuado, el acercamiento es mínimo para observar sus avances o dificultades, para explorar su angustia; se ha dejado al paciente a cargo de la tecnología que impide escudriñar los sentimientos y sufrimientos del paciente. Hay críticas internas, falta de formación adecuada a la práctica asistencial (teoría aplicada). Hay escaso contacto y diálogo con el paciente, factor deshumanizante del cuidado de enfermería que limita el ejercicio del rol fundamental del profesional.

Según Betty Neuman, citada por Marriner (2008) el cuidado es el foco disciplinar de la enfermería, este debiera estar constituido por acciones transpersonales e intersubjetivas para proteger, mejorar y preservar la humanidad ayudando a la persona a hallar un significado a la enfermedad, sufrimiento, dolor, existencia y ayudarlo a adquirir autocontrol, autoconocimiento y auto curación.

Sin embargo, las instituciones hospitalarias impregnadas del mundo biomédico y curativo reducen lo humano a lo biológico, alejando el trabajo de las enfermeras(os) de su visión humanista y holística del cuidado.

Mis vivencias profesionales, mi transcurrir por los diferentes escenarios clínicos en los diferentes niveles de atención y mi experiencia docente me han permitido percibir y reflexionar sobre las situaciones habituales del ejercicio profesional de la enfermería donde se observa que el profesional de enfermería en la clínica por ejemplo facilita la conducta deshumanizante con la asistencia rutinaria, la práctica mecanizada y el olvido de la vocación de servicio. Priorizan el modelo biologista positivista centrado en la enfermedad y el tecnicismo. La práctica de enfermería está orientada por tareas, siguiendo prescripciones; la interacción entre profesionales es poco cordial, hay hostilidad e indiferencia.

Se pierde los rasgos humanos e individuales del paciente cuando se le identifica por la patología y el número de cama y no se establece una adecuada interacción entre enfermera-paciente y se deja de lado la dimensión humana del cuidado, caracterizada por la práctica de valores en especial el valor del respeto por la dignidad y la persona como ser humano.

Existe una percepción muy baja del cuidado que realiza el profesional de enfermería en favor de los pacientes, percepción basada en el hecho de que sólo algunas veces se aplican los criterios para un cuidado humanizado y una adecuada calidad en la atención (Espinoza et .al., 2010).

Frente a esta situación se plantea las siguientes interrogantes: 1. ¿Qué significa ser profesional de enfermería? 2. ¿Cuál es el significado de cuidado humanístico que tienen los profesionales de enfermería? 3. ¿Qué contenidos afectivos y conativos del enfoque humanístico expresan los profesionales de enfermería en los servicios hospitalarios? 4. ¿Cómo es la intervención terapéutica que considera el cuidado humanístico en los servicios hospitalarios?; 5. ¿Cómo es la interacción profesional en el entorno de los servicios hospitalarios?;

1.2 Formulación del problema

¿Cuáles son las representaciones sociales del cuidado de enfermería desde un enfoque humanístico en el Hospital Estatal de Cerro de Pasco-Perú. 2013-2014?

1.3 Justificación de la investigación

1.3.1. Justificación teórica

El permanente cuestionamiento entre la teoría y la práctica de enfermería y el desfase entre lo que lo académico enseña como enfermería y lo que en la práctica cotidiana se realiza como cuidado de enfermería, así como la incongruencia entre los perfiles educativos y los perfiles ocupacionales nos induce a realizar esta investigación en el campo clínico, la cual permitirá hacer un análisis de la práctica de enfermería en la actualidad desde la perspectiva del cuidado humanístico. Pues se considera que el objeto de los cuidados de enfermería no sólo está en el cuerpo sino en un entorno integrado y holístico que todo profesional debe considerar.

Para ofrecer un cuidado humano ético y digno se necesita antes de cualquier otro tipo de formación, humanizar a los profesionales de la salud, fundamentalmente a los profesionales de enfermería por la trascendencia de su labor. Esta humanización podría llevarse a cabo a través del incremento del conocimiento científico sobre conceptos básicos y el cultivo de nuevas costumbres y posturas profesionales de la enfermera que permitan un cuidado más humano a las personas en los servicios hospitalarios; de manera que, tanto los clientes como el personal de salud, puedan generar el desarrollo en un ambiente cordial y saludable que contribuya a la recuperación de la salud del paciente y un mejor bienestar de los profesionales en los servicios de salud dentro de un entorno digno para el ser humano.

1.3.2. Justificación práctica

El cuidado humanístico es el fundamento científico para la práctica de enfermería o el primer paso para alcanzar la calidad asistencial y el éxito profesional en los servicios de salud. Este permite la interacción transpersonal con el paciente para explorar su mundo de vivencias durante el proceso salud-enfermedad, para comprenderlo y cuidarlo. La teoría de las representaciones sociales, “conocimiento común”, nos permitirá dar una mirada al cuidado de enfermería en los servicios hospitalarios, porque entendemos que la salud, la enfermedad y la muerte no se reducen a una evidencia orgánica, natural objetiva, sino que es una realidad construida y que el enfermo es un personaje social.

Por tanto, desde el punto de vista social, este estudio pretende aportar evidencias del ejercicio de la enfermería de hoy y asumir medidas que generen nuevas posturas en su quehacer profesional para la contribución de nuevos conocimientos basados en la ciencia de la enfermería moderna y la contribución científica del profesional a las ciencias de la salud, así como la

promoción de la humanización del cuidado en los servicios de salud, que la sociedad tanto exige.

1.4. Objetivo de la investigación

Describir y construir las representaciones sociales del cuidado de enfermería desde un enfoque humanístico en el Hospital Estatal de Cerro de Pasco-Perú.2013-2014.

CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO

2.1. Marco filosófico o epistemológico de la investigación

2.1.1. *Representaciones sociales*

Jodelet et al. (2007), en sus escritos nos muestra detalladamente las Representaciones Sociales (RS), su teoría e investigación, sustentando que, *“se trata de una forma de conocimiento socialmente elaborado y compartido teniendo una visión práctica y concurrente a la construcción de una realidad común a un conjunto social”* igualmente designada como un conocimiento del *“sentido común”* e incluso *“un saber ingenuo”, “natural”* (1989a:36). El conocimiento de los sujetos es comunicado a los otros por la intermediación de las informaciones dadas a través de las imágenes o de los modelos, de las actitudes, de las creencias, dentro de otras formas de expresión social compartidas por los grupos que algunas veces, no se conoce personalmente, sino que se ha heredado ese conocimiento colectivo. Las (RS) según (Moscovici, 1979 & Jodelet, 1989) son reconocidas como “formas de conocimiento donde ellas se presentaron como una “modelización” del objeto a través de diversos soportes lingüísticos, comportamentales o materiales. Los individuos aprehenden mentalmente la realidad. “La actividad mental es desarrollada por los individuos y los grupos para fijar su papel respecto de las situaciones, eventos objetos y comunicaciones que les conciernen. Lo social interviene ahí de muchas maneras por el contexto concreto donde son situadas personas y grupos, por la comunicación que se establece entre ellos, por los marcos de aprehensión que conforma su bagaje cultural, por los códigos, valores e ideologías, ligadas a las posiciones o pertenencias sociales específicas.

Los intercambios comunicativos se establecen entonces entre individuos pertenecientes al mismo grupo social o entre individuos de grupos diferentes. Estos intercambios comunicacionales participan no solamente en la transmisión de mensajes, sino que regulan las relaciones entre mentalidades y los individuos o grupos que los transforman activamente acordándoles el sentido a sus conductas. Cuando los sujetos debaten sobre un tema importante de la vida cotidiana, sea de política, economía, etcétera, intentan persuadir o disuadir a los otros sobre su punto de vista. En la discusión ellos pueden llegar a un acuerdo (consenso) o no (disenso), pero las comunicaciones utilizadas son ya un punto común entre ellos y ellas, son las formas de apropiación de contenidos simbólicos del objeto, son las representaciones sociales (p. 54-55).

¿Por qué aplicar la teoría de las Representaciones Sociales en la investigación?

Las Representaciones Sociales (RS) permiten entender la dinámica de las interacciones sociales y aclaran los determinantes de las prácticas sociales, pues la representación, el discurso y la práctica se generan mutuamente (Abric, 2001). De lo anterior se deriva la importancia de conocer, desentrañar y cuestionar el núcleo figurativo de una (RS) alrededor del cual se articulan creencias ideologizadas, pues ello constituye un paso significativo para la modificación de una representación y por ende de una práctica social (Banchs, 1990).

De este modo, este conocimiento es en muchos aspectos un conocimiento socialmente elaborado y compartido. Bajo sus múltiples aspectos intenta dominar esencialmente nuestro entorno, comprender y explicar los hechos e ideas que pueblan nuestro universo de vida o que surgen en él, actuar sobre y con otras personas, situarnos respecto a ellas, responder a las preguntas que nos plantea el mundo, saber lo que significan los descubrimientos de la

ciencia y el devenir histórico para la conducta de nuestra vida personal y profesional como enfermeras (os).

La (RS) es una intersección entre la ciencia y la sociedad. El concepto de representación social es relativamente nuevo en el campo de las ciencias sociales. De hecho, Jodelet (2007) manifiesta que las primeras referencias hechas por Moscovici a este concepto datan de 1961. Sin embargo, la complejidad de este fenómeno es tal que Moscovici mismo afirma que "... si bien es fácil captar la realidad de las representaciones sociales, no es nada fácil captar el concepto".

También las (RS) suelen interpretarse en la forma de categorías que permiten clasificar tanto a los fenómenos como a los individuos, o bien como imágenes que condensan un conjunto de significados. En general, los investigadores las consideran un producto tanto como un proceso, de forma tal que comprenden toda la gama de fenómenos arriba indicados.

Por todo lo descrito, puede advertirse que las (RS) aparecen en una zona en la cual se produce la intersección entre lo psicológico y lo social, y en tal sentido es que mantienen relación con la pertenencia a cierto status social de los sujetos que las manifiestan.

Puede también afirmarse que las (RS) constituyen modalidades de pensamiento práctico orientados hacia la comunicación, la comprensión y el dominio del entorno social, material e ideal. Y por su condición, presentan características específicas a nivel de la organización de los contenidos, las operaciones mentales y la lógica.

Para caracterizar una representación social, por lo tanto, no alcanza con hacer referencia a los contenidos o los procesos de representación sino también hay que hacer mención a las condiciones y a los contextos en los que surgen las representaciones, a las comunicaciones mediante las que

circulan y a las funciones a las que sirven dentro de la interacción con el mundo y los demás.

En cuanto al criterio que entiende que una representación social es tanto un proceso como un producto, pueden señalarse las siguientes consideraciones:

- En el primer aspecto se puede interpretar como proceso de construcción de la realidad social a la que contribuye a configurar tanto como al objeto que representa.
- Como producto, según se ha dicho, es el conjunto de creencias, valores y conocimientos que entre otros aspectos comparte un grupo de sujetos en función de su pertenencia a un determinado status social.

Para la principal colaboradora de Moscovici, Denise Jodelet, el hecho de considerar una representación social como un simple conocimiento acarrea el riesgo de reducirla a un evento intraindividual donde lo social tiene un papel apenas secundario, pero el hecho de tratarla sólo como una forma de pensamiento social acarrea el riesgo de diluirla en los fenómenos culturales o ideológicos.

En relación al ámbito de la investigación, las representaciones sociales se configuran a partir de un fondo cultural que circula en la sociedad y proporciona las categorías básicas a partir de las cuales se constituyen, es decir provienen de fuentes de determinación que incluyen condiciones económicas, sociales, históricas y el sistema de creencias y valores de una sociedad dada. Y aunque se definen por su contenido (informaciones, imágenes, opiniones, actitudes, etcétera) a la vez, dicho contenido se relaciona con un fin, como ser un trabajo a realizar o alguna otra cuestión enlazada con el pensamiento de tipo "práctico". Nuevamente podemos hacer referencia a la complejidad de este concepto ya que una representación social es también una relación entre sujetos. Puede decirse que es la

representación que se forma un sujeto (paciente) de otro sujeto (enfermera), aunque no por eso es un mero duplicado de lo real o de lo ideal, ni la parte subjetiva del objeto, ni la parte objetiva del sujeto: es una "relación" del hombre con las cosas y los demás hombres. El medio en que viven las personas, el lugar que ocupan en la estructura social y las experiencias concretas con las que se enfrentan a diario influye en su forma de ser, su identidad social y la forma en que perciben su realidad social. Moscovici considera que en la interacción sujeto-objeto no existe un solo sujeto sino que intervienen otros sujetos a los que él les llama el Alter (A) que inciden en la relación sujeto-objeto porque son mediadores y mediadoras de la construcción del conocimiento y posibilita la construcción de significados.

Por último, y frente a la comunicación social, puede afirmarse que las (RS) no sólo inciden en la visión de la realidad social, sino también en su construcción efectiva de sus actores sociales.

Conformación de una representación social

Para constituirse como tales, las representaciones sociales responden a mecanismos internos. Moscovici (1986) describió dos procesos principales que explican cómo lo social transforma un conocimiento en representación, y como esta representación transforma lo social. Ambos procesos se denominan, respectivamente:

- Mecanismos de objetivación
- Mecanismos de anclaje

El campo de las representaciones sociales se organiza en torno al "núcleo figurativo", que constituye la parte más sólida y estable de la representación. Éste ejerce una función organizadora para el conjunto de las (RS) dando significado a los elementos presentes.

El núcleo se constituye a través de la "objetivación" por la transformación de los conceptos relacionados con un objeto en imágenes, lo cual permiten

una visión menos abstracta del objeto representado. La objetivación puede definirse entonces como una operación formadora de imagen y a la vez estructurante. Según refiere Jodelet (1986) fue Moscovici quien al estudiar cómo penetra en la sociedad una ciencia (el psicoanálisis) analizó los procesos principales que explican el doble camino que transforman un conocimiento en representación y a la vez parten de ésta para transformar lo social. El análisis de los dos procesos (objetivación y anclaje) muestran el grado de interdependencia que poseen.

1. La objetivación

Suele definirse como una operación formadora de imagen y estructurante, permite poner en imagen las nociones abstractas, dando cuerpo así a las ideas. Moscovici afirma que “objetivar es reabsorber un exceso de significados materializándolos.”

En general se acepta que la experiencia cotidiana es la que interviene al aportar datos sensibles que permiten reinterpretar conceptos abstractos definidos científicamente.

Puede resumirse diciendo que la objetivación concierne al modo en que los saberes y las ideas acerca de determinados objetos sufren una serie de transformaciones específicas para formar luego parte de las representaciones sociales de dichos objetos.

La representación permite intercambiar percepción y concepto a través de la imagen ya que las ideas abstractas se convierten en formas icónicas y este proceso se materializa en imágenes concretas (categorías). La objetivación, no obstante, es puramente conceptual. Al poner en imágenes las nociones abstractas, da una textura material a las ideas. Por ejemplo, hay estudios que muestran que el concepto de "masa" se materializa generalmente como "peso", y el concepto de "fuerza" que en mecánica es

una relación de masa y aceleración, para el hombre común no es más que un "esfuerzo" análogo al esfuerzo muscular.

La objetivación presenta tres fases:

- **Construcción selectiva**

Etapa de selección y descontextualización de los elementos de la teoría. En esta etapa las informaciones (discursos de las enfermeras/os) son separadas del campo científico al que pertenecen y son apropiadas por el público que las proyectan como hechos de su propio universo, logrando así “dominarlas”. Se dice que éste es un proceso similar a la asimilación piagetiana ya que los elementos retenidos se transforman a medida que van encajando en las estructuras cognitivas de los sujetos.

- **Esquematización estructurante**

Es la formación de un núcleo figurativo, una estructura de imagen que reproduce una estructura conceptual (constituida por códigos). Los elementos de información ya adaptados a través del proceso de apropiación se organizan proporcionando una imagen coherente y fácilmente expresable del objeto representado (categorías). Se alcanza así un esquema figurativo, las ideas abstractas se convierten en formas icónicas, más accesibles al pensamiento concreto (subcategorías).

- **Naturalización**

En esta etapa se coordinan cada uno de los elementos del pensamiento que se convierten en elementos de la realidad, referentes del concepto en cuestión. El esquema figurativo adquiere status ontológico como un componente más de la realidad objetiva. Se olvida el carácter artificial y simbólico del núcleo figurativo y se le atribuye existencia fáctica. Se considera que "aquello de lo que se puede hablar existe efectivamente".

Finalmente, el pensamiento social separa los procesos y los productos, quedándose sólo con el resultado, ignorando el proceso de producción del producto. El modelo figurativo adquiere status de evidencia, integrando una ciencia de sentido común.

2. El anclaje

Es otro mecanismo básico de la formación de las representaciones sociales, permite integrar la información sobre un objeto dentro de nuestro sistema de pensamiento, afrontando las innovaciones de los objetos que no nos son familiares. Este proceso es comparable a la acomodación de Piaget ya que nuestros esquemas preestablecidos deforman las innovaciones, pero también la integración de lo novedoso modifica nuestros esquemas. Pero dentro de esta teoría el significado y la utilidad que le son conferidos a las representaciones sociales desde lo personal, lo cual se traduce en la constitución de la (RS), está condicionado por la pertenencia del sujeto a un determinado grupo social. Por ese motivo suele definirse el anclaje como un proceso que se refiere al enraizamiento social de la representación y su objeto.

Se articulan así las tres funciones básicas de la representación: función cognitiva de integración de lo novedoso, función de interpretación de la realidad, y función de orientación de las conductas y las relaciones sociales (Araya, 2002 p. 12-36).

El interés de la investigadora para la aplicación de la teoría de las representaciones sociales permite mostrar evidencias del conocimiento del cuidado de enfermería desde un enfoque humanístico tan cuestionado actualmente en nuestra sociedad en los servicios hospitalarios de un hospital estatal de Cerro de Pasco- Perú.

2.1.2. El Cuidado de Enfermería desde un Enfoque Humanístico como Objeto de Representación Social

El cuidado de enfermería desde un enfoque humanístico constituye el fundamento humano y singular de la enfermería y está centrado en la interacción durante el cuidado, con relaciones transpersonales entre enfermera - paciente guiada por la filosofía existencial, fenomenológica y humanista en el ambiente clínico o comunitario, en ella intervienen factores como la cultura organizacional y la coordinación para mantener la unidad de servicio durante el proceso del cuidado (Watson & Widenbach citado por Marriner 2008) (Paterson 1990) (Waldow 1998)

Para el abordaje de las representaciones sociales en la perspectiva psicosociológica asumimos una posición epistemológica específica en la cual se involucra la comprensión del sujeto social enfermera y el objeto o fenómeno social la práctica del cuidado humanístico como esencia de la enfermería en un ambiente hospitalario, considerando la matriz socio estructural del profesional.

Como representación social entendemos a un conjunto de conceptos, explicaciones, reflexiones generados en el diario vivir en el ambiente hospitalario, en el curso de la interacción interpersonal entre enfermera–paciente, familia, entre enfermeros y entre miembros del equipo de salud, que conforman el entorno hospitalario necesario para el cuidado profesional de enfermería.

La teoría de las representaciones sociales se ocupa principalmente por los saberes producidos en él en su práctica cotidiana el saber común. El cuidado humanístico de enfermería es el referente de la ciencia de enfermería, ésta debe estar guiada por la filosofía explícita que confiere identidad al acto de cuidar, quienes forman parte de ella deben asumirla como tal y sustentar su práctica científica en los ambientes clínicos o comunitarios.

Jodelet (2007) considera que representar corresponde a un acto de pensamiento por el cual el sujeto se relaciona con el objeto, es decir la forma cómo enfermera y paciente interactúan durante el cuidado humanístico. Moscovici (1986) indica que la representación es igual a figura/significación o categoría/interpretación.

Para interpretar y acceder al conocimiento “común” de las representaciones sociales se debe partir de un abordaje hermenéutico que según Gadamer citado por (De Souza, 1997) considera que es la búsqueda de la comprensión de sentido que se da en la comunicación entre los seres humanos: “ser comprendido en su lenguaje”. Por tanto, el lenguaje constituye el núcleo central de la comunicación. La hermenéutica tiene que relacionarse con la retórica y la praxis de un ser histórico y finito, por tanto es un procedimiento que permite expresar la universalización de la capacidad interpretativa desde lo personal y específica historicidad (p. 185).

Desde la teoría de las representaciones sociales la realidad social impone las condiciones de su interpretación por los sujetos sin que ello implique un determinismo estricto. Esto significa que las matrices socio estructurales y los entramados materiales en los que están inmersos las personas definen su lectura de la realidad social (Araya, 2002 p.19)

2.1.3. Filosofía y ciencia del cuidado

WATSON, citada por Marriner (2008), considera que enfermería está centrada en relaciones de cuidado transpersonales, la define como ciencia humana y arte que estudia la experiencia salud-enfermedad, mediante una relación profesional, personal, científica, estética y ética. Basa su teoría sobre el ejercicio profesional de la enfermería en diez factores asistenciales.

Cada uno tiene **un componente fenomenológico** en la enfermería. Los primeros elementos independientes actúan como el “Filosófico de la ciencia de la asistencia”.

- 1. Formación de un sistema de valores humanístico – altruista.** Los valores humanísticos y altruistas se aprenden pronto en la vida, pero pueden recibir una gran influencia por parte de las enfermeras educadoras. Este factor se puede definir como una satisfacción a través de la cual se puede dar una extensión del sentido de uno mismo.
- 2. Inculcación de la fe-esperanza.** Este factor, que incorpora valores humanísticos y altruistas, facilita la promoción del cuidado enfermero holístico, y del cuidado positivo dentro de la población de pacientes. También describe el papel de la enfermera a la hora de desarrollar interrelaciones eficaces entre enfermera – paciente y en la promoción del bienestar ayudando al paciente adoptar conductas de búsqueda de la salud.
- 3. Cultivo de la sensibilidad para uno mismo y para los demás.** La identificación de los sentimientos a través de la actualización de uno mismo mediante la autoaceptación de la enfermera y el paciente. Las enfermeras, al reconocer su sensibilidad y sus sentimientos, se vuelven más genuinas, auténticas y sensibles hacia los demás.
- 4. Desarrollo de una relación de ayuda – confianza.** el desarrollo de una relación es crucial para la asistencia transpersonal. Una relación de confianza promueve y acepta la expresión de sentimientos positivos y negativos. Implica coherencia, empatía, afecto y comunicación eficaz; la coherencia conlleva a
- 5. ser real, honesto, genuino y autentico.**

La empatía es la capacidad de experimentar y comprender las percepciones y sentimientos de otra persona, así como la capacidad para comunicar esta comprensión. La acogida no posesiva se demuestra hablando en un tono de voz moderado y adaptando una postura abierta y relajada, y unas expresiones faciales coherentes con otras

comunicaciones. La comunicación eficaz tiene componentes de repuestas cognitivas, afectuosas y conductuales.

6. Promoción y aceptación de la expresión de los sentimientos positivos y negativos. El compartir sentimientos es una experiencia que conlleva riesgos, tanto para la enfermera como para el paciente, la enfermera debe estar preparada tanto para los sentimientos positivos como para los negativos. La enfermera debe reconocer que la comprensión intelectual y la comprensión emocional de una situación son distintas a las demás.

7. Uso sistemático del método científico de solución de problemas para la toma de decisiones. El uso del proceso de enfermería aporta un enfoque de solución de problemas en el cuidado enfermero, disipando la imagen tradicional de la enfermera como “ayudante de un médico”. El proceso de enfermería es similar al de investigación en cuanto que es sistemático y organizado.

8. Promoción de la enseñanza – aprendizaje inter personal. Este factor es un concepto importante de la enfermería, porque separa el cuidado de la curación. Permite informar al paciente y derivar hacia este la responsabilidad sobre su salud y bienestar. La enfermera facilita este proceso con técnicas de enseñanza – aprendizaje diseñado para permitir que los pacientes se realicen el auto cuidado, determinar sus necesidades personales y ofrecer las oportunidades para su crecimiento personal.

9. Provisión de un entorno de apoyo, de protección y correctivo mental, físico, sociocultural y espiritual. La enfermera debe reconocer la influencia que tienen los factores externos e internos en la salud y en la enfermedad de los individuos. Los conceptos relevantes al entorno interno incluyen el bienestar mental y espiritual y las creencias socioculturales de un individuo. Además de las variables epidemiológicas

se incluyen otras variables internas como el confort, la privacidad, la seguridad y los entornos limpios estéticamente agradables.

10. Asistencia en la gratificación de las necesidades humanas. La enfermera reconoce las necesidades biofísicas, psicofísicas, psicosociales e interpersonales de ella misma y del paciente. Los pacientes deben satisfacer las necesidades de orden inferior antes de intentar satisfacer las de orden superior. La comida, la eliminación de residuos y la ventilación son ejemplos de necesidades biofísicas de mayor rango, mientras que la actividad / inactividad y la sexualidad se consideran necesidades psicofísicas así mismo de mayor rango. La realización de la persona y las relaciones interpersonales son necesidades psicosociales de orden superior. La auto actualización es una necesidad superior intrapersonal-interpersonal.

11. Permisi3n de fuerzas existenciales fenomenol3gicas. La fenomenología describe los datos de la situaci3n inmediata que ayuda a comprender los fenómenos en cuesti3n.

La psicología existencial es una ciencia de la existencia humana que utiliza el análisis fenomenológico. Watson considera que este elemento es difícil de entender. Se incluye para proporcionar una experiencia motivadora del pensamiento que conduzca a una mejor comprensi3n de nosotros mismos y de los demás.

Watson considera que las enfermeras tienen la responsabilidad de ir más allá de los diez elementos asistenciales y de facilitar el desarrollo de los pacientes en el ámbito de la promoci3n de la salud a través de actividades preventivas. Este objetivo se alcanza enseñando a los pacientes los cambios personales que ha de realizar para promocionar su salud, respaldando su situaci3n enseñándoles métodos de resoluci3n de problemas y reconociendo las capacidades de superaci3n y adaptaci3n a la p3rdida (p. 149).

Según Watson, la enfermería está interesada en comprender la salud, la enfermedad y la experiencia humana. Con la filosofía y la ciencia de la asistencia, intenta definir el resultado de la actividad científica en relación a los aspectos humanísticos de la vida. En estas palabras, intenta hacer de la enfermería una interrelación de la calidad de vida, incluida la muerte, con la prolongación de la vida. Considera además que la enfermería está relacionada con la promoción y el restablecimiento de la salud, y con la prevención de la enfermedad. La salud, más que ausencia de enfermedad, es un concepto ilusorio debido a su naturaleza subjetiva. La salud tiene que ver con la “unidad y armonía entre la mente, cuerpo y alma” y se asocia con “el grado de coherencia entre el yo percibido y el yo experimentado”.

Utiliza los diez elementos asistenciales, cada elemento asistencial describe el proceso de cómo un paciente alcanza o mantiene la salud o muere en paz. Por otra parte, Watson describe la curación como un término médico que hace referencia a la eliminación de la enfermedad.

En su primer trabajo, *Nursing: The Philosophy and Science of Caring*, Watson describe las premisas básicas de la ciencia de la enfermería:

1. La asistencia y la enfermería ha existido en toda la sociedad. En cada sociedad hubo personas que han cuidado de los demás. La actitud de asistencia se ha transmitido a través de la cultura de la profesión con una forma única de hacer frente al entorno. Las oportunidades que han tenido las enfermeras de obtener una formación superior y de analizar a un nivel superior, los problemas y los asuntos de su formación, ha permitido a la enfermería combinar su orientación humanista con los aspectos científicos correspondientes.
2. Con frecuencia se observa una discrepancia entre teoría y práctica o entre los aspectos científicos y artísticos de la asistencia, debido en parte

a la separación existente entre los valores científicos y los valores humanos.

Ampliando su trabajo previo, Watson añadió los siguientes elementos al contexto del desarrollo de una teoría sobre la ciencia humana: 1. Una filosofía de la libertad, elección y responsabilidad humana. 2. Una biología y una psicología del holismo entre personas irreducibles interconectadas con los demás y con la naturaleza. 3. Una epistemología que permita no solo el avance de los valores empíricos sino también el de los estéticos y éticos, la intuición y el descubrimiento de procesos. 4. Una ontología del tiempo y del espacio. 5. Un contexto de hechos, procesos y relaciones interhumanos. 6. Una visión científica, sin límites, del mundo.

A medida que evoluciona su trabajo, Watson se centra más en el proceso de asistencia. Las premisas básicas expuestas en *Nursing: Human Science and Human Care* son un reflejo de los aspectos interpersonales – transpersonales – espirituales de su obra. Estos aspectos representan la integración de sus creencias y valores sobre la vida humana y proporcionan el fundamento para el desarrollo ulterior de su teoría. 1. Las emociones y la mente de una persona son las ventanas de su alma. 2. El cuerpo de una persona está limitado en el tiempo y en el espacio, pero la mente y el alma no se limitan al universo físico. 3. El acceso al cuerpo, la mente y el alma de una persona es posible siempre que la persona sea percibida y tratada como una totalidad. 4. El espíritu, lo más profundo de cada ser, o el alma de una persona existe en él y para él. 5. Las personas necesitan la ayuda y el amor de los demás. 6. Para hallar soluciones es necesario encontrar significados. 7. La totalidad de la experiencia de un momento dado constituye un campo fenoménico (p.152).

A sugerencia de Watson se decide profundizar en el conocimiento y encontramos lo descrito por Paterson (1990), “Para que el proceso de enfermería sea verdaderamente humanista es necesario que la enfermera

esté participando como un ser humano que siente, valore, reflexione y conceptualice. La enfermera humanista es sensible a la realidad de la situación en el sentido existencial, ella está entregada con todo su ser a la situación enfermera-paciente. Esto implica una confirmación de la transacción intersubjetiva con todas las capacidades humanas de uno, que incluyen una respuesta a la realidad experimentada” (p. 39).

Una de las preocupaciones básicas de la enfermería ha sido siempre el cuidado de las necesidades físicas de las personas, sin embargo ver la enfermería, desde la perspectiva de la situación humana, es ver más allá del simple cuidado físico, más allá de la simple clasificación de hombre como organismo biopsicosocial. La atención se centra en el ser y devenir de la persona en su situación. Cuando las funciones corporales de una persona cambian durante la enfermedad, el mundo y su mundo cambian para él. La Enfermera tiene que considerar el modo en que el paciente vive su mundo de experiencias para poder brindar el cuidado.

2.1.4. Significado de la enfermería humanística

Para Paterson & Zderad (1990) la enfermería es una experiencia que se vive entre seres humanos. Cada circunstancia de enfermería evoca e influye recíprocamente en la expresión y manifestación de la capacidad de estos seres humanos para la existencia y su condición para ella. En la enfermera, esto implica una responsabilidad por su propia condición o capacidad de ser.

La enfermería humanística es más que una relación unilateral sujeto-objeto, técnicamente competente y caritativa, guiada por una enfermera en beneficio de otro. Prescribe que la **enfermería es una relación transaccional** que se responsabiliza de investigar y cuya expresión demanda la concepción basada en la **conciencia intelectual** que la enfermera tiene de su ser y el de otro. La **experiencia existencial** permite el conocimiento humano del ser y de la calidad de ser del otro.

Necesita que se reconozca a cada hombre como existencia singular en su situación, luchando y rivalizando con sus compañeros para sobrevivir y llegar a ser, para confirmar su existencia y entender su significado.

Esto nos explica Martín Buber, antropólogo, filósofo y rabino, citado por Paterson (1990) quien expresó con arte esta singular lucha y potencial de cada hombre y dijo: “A la cabeza del dominio natural de las especies, en el riesgo de categoría de solitario (el hombre) rodeado por el aire de un caos que cobró existencia con él, espera secreta y tímidamente el Sí que le permita ser y que sólo puede llegar de un ser humano a otro”. Con esa singularidad de cada ser humano como un hecho dado y asumido, solo cada hombre puede describir o elegir el desarrollo del proyecto representado por el mismo en su situación.

Esta imponente y solitaria capacidad humana para la elección y el desarrollo original produce esperanza y temor en lo que respecta al desenvolvimiento de su “ser más humano”. La singularidad es una capacidad universal de la especie humana. Así que al mismo tiempo que el hombre es único, paradójicamente también es como sus congéneres. Su misma singularidad es una característica común a todos los demás hombres.

En la enfermería humanística, la conciencia existencial requiere de la autenticidad con uno mismo (de la propia enfermera). Como aspiración visionaria, dicha autenticidad y sensibilidad, es más que lo que generalmente se denomina conciencia intelectual. En ella están implicadas las respuestas auditivas, olfatorias, orales, visuales, táctiles, cinestésicas y viscerales, y cada una de éstas puede conferirle un significado único a la conciencia del hombre. La susceptibilidad a estas sensaciones y las respuestas a ella proporcionan información de la cualidad de ser, la permanencia y el grado de presencia de ese ser en otros.

La clase de “mediación” que se viva con otros depende tanto del grado de conciencia como del significado que se le atribuye a esta conciencia. Esta

conciencia reflejada, o en ocasiones compartida con otro ser responsable para confrontar la realidad, ofrece la oportunidad de ampliar nuestra atención básica y llegar a ser más en concordancia con el potencial de humanidad, que busca el bienestar y felicidad en la vida.

Quizá la aseveración hecha por el Dr. Gene Phillips, profesor de Educación de la Universidad de Boston, citado por Paterson (1990) esclarezca la importancia que se le da a la necesidad de que cada enfermera llegue a dar de sí lo más que pueda. Él dijo: “Entre más maduros somos es la necesidad de excluir”. Parafraseando esta aseveración yo diría que entre menos de nosotros mismos tengamos que excluir, más abiertos estaremos al otro.

La autoconciencia, sensibilidad, auto aceptación y realización de las potencialidades nos permite compartir con otros, de modo que ellos pueden entrar en relación con nosotros.

En este tipo de relación existencial, de presencia con otro, la enfermera se confronta con el hombre como ser singular en su propia realidad predispuesta, peculiar o cambiante. Salta a la vista que cada quien tiene su propio mundo de vivencias. Por lo tanto, la existencia humana podría describirse como hombre-mundo usando un guion en vez de “y” de igual modo que algunos se refieren al hombre como mente-cuerpo. Lo que el hombre comparte como especie universal y aquello peculiar no compartido, sus hábitos característicos, influyen e interactúan entre sí constantemente.

La **enfermería humanística** provoca en la enfermera la lucha por reconocer la complejidad de los hombres en relación con el mundo de la enfermería, a saber “cómo es exactamente el hombre”, su naturaleza y su condición humana en su proceso de investigación, vivencias y devenir.

El hombre es un lugar por conocer, por la educación y la experiencia viva, uno supone una fuerza inicial innata en el ser humano que lo mueve a llegar a conocer su visión del mundo y la de otros. La enfermería humanística trata

de esta visión del mundo, la consideración responsable por parte de las enfermeras de los distintos puntos de vista, como realidades que están más allá de los juicios normales de negativo-positivo, bien y mal. Por ejemplo, la enfermería se interesa en cómo este hombre particular con su historia particular, con sus experiencias catalogadas bajo un diagnóstico general, reconocidas o exoneradas, vive su vida aceptando su condición del modo que él la considera en su mundo.

El hombre posee la capacidad inherente para responder a otro hombre como otro hombre. Sólo cada enfermera singular enfrentada al caos de sus alternativas en una situación dada, puede elegir entre relacionarse o no con otros y cómo hacerlo en su mundo de la enfermería. Elegir relacionarse o responder y cómo hacerlo, es algo que el hombre no puede imponer desde fuera a otro hombre. Hasta cierto punto, se puede forzar a una persona a sujetarse a un comportamiento externo. Por ejemplo se le puede ordenar a una enfermera que comparta con otro su espacio físico, pero es diferente a estar existencial y genuinamente presente con otro. Este modo humano de ser lo elige y controla libremente el ser. Supone un auto mandato responsable que sólo se da en el espíritu del propio ser disciplinado.

Para ofrecer una presencia genuina a otros, tiene que existir dentro de la persona la convicción de que dicha presencia es valiosa y produce un cambio en la situación. Si para la enfermera esto es valioso, lo ofrecerá en su situación de cuidado de otros. Las bibliotecas, edificios concretos rebosantes de palabras de los grandes pensadores, sostienen el valor de la presencia genuina y el dialogo auténtico entre las personas. Considérense las obras literales que han comunicado o revelado este mensaje durante toda la existencia de los hombres intelectuales. Platón, Rousseau, Goethe, Proust, Nietzsche, Whitehead, Jung, May, Frankl, Hesse, Chardin, Bergson, Marcel y Buber vienen a la mente sin esfuerzo.

Muchas enfermeras son presencias genuinas en la situación de la enfermería. Algunas han tratado de compartir sus experiencias, otras no. Y

están aquellas que no son presencias genuinas en la situación de enfermería. Uno se pregunta si esto ha influido en las distinciones que las enfermeras han hecho en el curso de los años al pensar en sus contemporáneas. Con frecuencia se oye decir es una buena enfermera, es innato en ella. Estas críticas positivas tropiezan frente a las preguntas ¿Por qué?, ¿Cómo?, ¿Qué? La concepción literaria descriptiva de la enfermería que refleja esta cualidad de estar de la enfermera (presencia e intersubjetividad) requiere de enfermeras deseosas de investigar y hacer conscientes los misterios de su lugar común y de estimar las ideas singulares, los valores y los significados fundamentales de su práctica. La conceptualización de estas cualidades realizadas por enfermeras que ejercen es básica y necesaria para el desarrollo de la ciencia y la profesión de la enfermería (pp.19-38).

Concluyendo diremos que, el proceso de cuidar según Waldow (1998) debe ser interactivo entre cuidadora y ser cuidado; la primera cumple un papel activo y el segundo un papel más pasivo en función de su situación; que puede o no contribuir con el cuidado.

El proceso de cuidar es definido como el desenvolvimiento de acciones, actitudes y comportamientos con base científica, experiencia, intuición y pensamiento críticos, realizado para con el ser humano en el sentido de promover, mantener y recuperar su dignidad y totalidad humana. Ese sentido engloba integridad y plenitud física, social, emocional, espiritual e intelectual. En las fases de vivir y morir constituye un proceso de transformación de ambos, cuidadora y ser cuidado.

En el cuidado intervienen factores de influencia general: medio ambiente, (físico, social y administrativos), momento de cuidado, tecnología, que constituyen la cultura organizacional (p. 149).

El cuidar envuelve comportamientos y acciones de conocimientos, valores, habilidades y actitudes emprendidas en el sentido que favorece las potencialidades de las personas para mantener o mejorar su condición

humana en proceso de vivir o morir; como cuidado se entiende al proceso de cuidado.

El proceso de cuidar envuelve conocimiento y ocurre independientemente de la cura. Es intencional y sus objetivos son varios dependiendo del momento, la situación y la independencia por ser un proceso y una preocupación con un fin.

Los objetivos de cuidar envuelven entre otros a cuidar, confortar, ayudar, favorecer, promover, restablecer, restaurar, dar, hacer, etcétera.

El cuidado es imprescindible en todas las situaciones de enfermedades, incapacidad o durante el proceso de vivir-morir.

Waldow (1998) considera que el cuidado humano consiste en una forma de vivir, de ser, de expresarse. Es una **postura ética y estética** frente al mundo. Es un compromiso con estar en el mundo y contribuir con el bienestar general, la preservación de la naturaleza, la dignidad humana, la espiritualidad; y contribuir en la construcción de la historia del conocimiento de la vida (p. 129). Los aportes de Waldow constituyen la contribución más significativa para la enfermería latinoamericana.

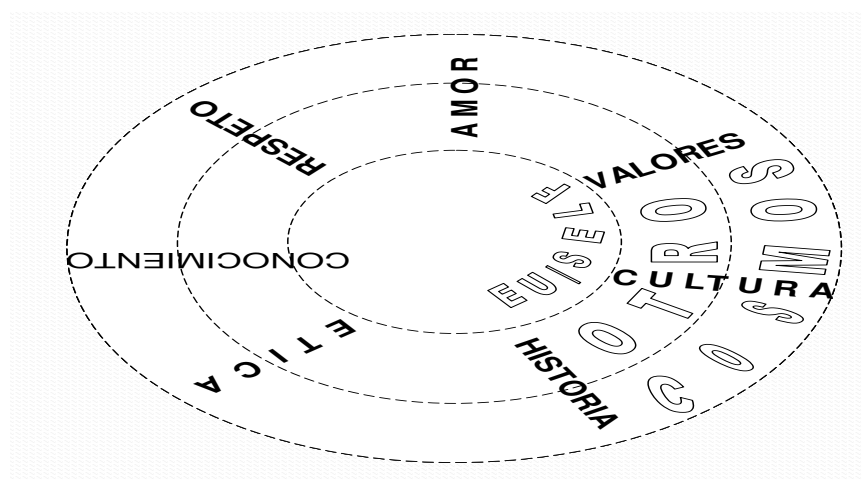


Figura 1: Representación gráfica de cuidado humano

Fuente. Tomado de Vera Regina Waldow (1998)

2.2. Antecedentes de la Investigación

En el ámbito internacional

Valenzuela, M. España (2015) en su investigación **¿Es posible humanizar los cuidados de enfermería en los servicios de urgencia?**, se planteó como objetivo conocer la percepción que poseen los profesionales de los servicios de urgencias sobre la humanización y el cuidado humanizado, explorar su significado, indagar aquellos factores que intervienen en los procesos de humanización y motivar a que sean los propios profesionales quienes aporten las posibles vías que contribuyan a mejorar y humanizar dicho proceso. El método usado fue el fenomenológico que permitió explorar la subjetividad de los profesionales utilizando como instrumentos la entrevista semiestructurada y la observación participante. Se obtuvieron cuatro categorías: humanización de los cuidados de enfermería, factores que deshumanizan los cuidados de enfermería, formación en humanización y mejoras identificadas para humanizar los cuidados de enfermería. Concluye en que para llevar a cabo un proceso de humanización de los cuidados de enfermería en los servicios de urgencias es necesario un cambio del paradigma del cuidado hacia un modelo holístico centrado en el paciente y su familia. Este modelo se basa en los principios y valores humanos que afectan a todos los sujetos implicados en diferentes ámbitos y dimensiones de dicho proceso. Así mismo, como instrumento para la humanización del cuidado, es preciso impulsar las habilidades relacionales, destacando la relación de ayuda y la comunicación. Integrar y recuperar la humanización de los cuidados de enfermería en los servicios de urgencias da un plus “adicional”, así como calidad y calidez de los mismos.

Landam, C. y col. Chile (2014) en su investigación **“Cuidado Humanizado desde la perspectiva del enfermero de emergencia en un Hospital de Quillota”** tuvo como objetivo conocer la percepción de cuidado humanizado que posee el profesional enfermero, tipo de estudio cualitativo descriptivo de

tipo fenomenológico. Se solicitó la participación de cuatro profesionales enfermeros que se desempeñan en la unidad de emergencia del Hospital de Quillota a quienes se les realizó una entrevista dirigida grabada y transcrita de manera textual con el objeto de identificar aspectos relevantes. Conclusiones: De los discursos emergieron conceptos que describen al cuidado humanizado, identificándolo como un cuidado integral que debe incluir a la familia del paciente y debe regirse por los principios bioéticos. Además de las limitaciones y facilidades percibidas dentro del ámbito laboral para llevar a cabo este cuidado y los sentimientos que surjan al respecto.

El contexto de la unidad de emergencia difiere al de otros servicios hospitalarios debido a múltiples factores que dificultan el cuidado humanizado.

El concepto de cuidado humanizado descrito por los autores es similar al teórico pero refieren dificultades para llevarlo a cabo. La persona que se desempeña en los servicios de emergencia debe tener vocación, optimismo y tomar su labor como un desafío. Los cuidados humanizados en enfermería deben ser una fortaleza presente en toda atención, por lo mismo el personal de emergencia deberá ser capacitado continuamente así como también realizar estudios cualitativos.

Ariza, C. Colombia (2012) en su investigación **“Soluciones de humanización en salud en la práctica diaria”** tuvo como objetivo plantear los procesos que contribuyen a la humanización de los servicios de salud, la ciencia y la tecnología y los atributos que deben caracterizar la atención que se brinda en ellos para que esta sea humana, teniendo en cuenta los diferentes agentes que participan en el desarrollo de asistencia en salud: profesionales, pacientes, y familias. Las principales conclusiones fueron: para hablar de una atención humana en los diferentes escenarios del área de la salud es importante contemplar los agentes que participan en ella, esto es médicos, enfermeras, terapistas, nutricionistas entre otros, instituciones prestadoras de servicios y formadoras de profesionales y los atributos que deben caracterizar dicha atención.

Respecto a los profesionales, su responsabilidad se centra en garantizar la calidad de su desempeño a quienes reciben sus servicios. Esto implica velar por la continuidad y actualización permanente en su formación, así como velar para que se pueda contar con la infraestructura necesaria y los recursos humanos y materiales, a la vez las instituciones responderán por proveerlos y motivar a los profesionales en su desempeño y en su capacitación competente.

La práctica de los profesionales de salud en la atención de los pacientes muestra una fuerza moral que se deriva de los valores y los principios de ética que deben aplicar en su desempeño profesional dentro de los cuales está el respeto desarrollado en doble vía: profesional-paciente y paciente-profesional.

El conjunto de profesionales e instituciones asistenciales y formadoras favorecerá que la atención humana se caracterice por estar matizada de valores éticos y morales, dentro de los cuales el respeto ocupa un lugar privilegiado.

Huercanos, I. España (2010) en su investigación **“El cuidado invisible, una dimensión de la profesión enfermera”** de tipo cualitativo, ha empleado un método etnográfico para tratar de acercarse al objeto fundamental de la profesión enfermera, el cuidado. Pretende una aproximación a esa dimensión del cuidado que resulta invisible, que no se mide, ni aparece registrado, un cuidado que tiene que ver con la dimensión más humana de la enfermería.

Las participantes han sido cuatro enfermeras y dos auxiliares que desempeñan su trabajo en el contexto concreto de la unidad de cardiología y neurología del Hospital Santiago Apóstol de Vitoria. La recogida de datos se ha llevado a cabo mediante observación participante, entrevistas informales, revisión de registros de enfermería y documentos de la unidad (protocolos, criterios de evaluación de calidad de registros enfermeros), entrevistas en profundidad y notas de campo.

Los resultados obtenidos muestran que los principales cuidados invisibles que desarrollan los profesionales de enfermería se dirigen al uso de estrategias comunicativas, verbales y no verbales, para el cuidado emocional de pacientes y familiares, a la elaboración de instrumentos terapéuticos y estrategias creativas para atender a las necesidades de cuidado que se presentan, así como, los cuidados en relación al confort, la intimidad y el alivio del dolor. El hecho de que permanezcan invisibles tienen que ver con diversos motivos, entre otros el rol que el sistema espera de las enfermeras, la falta de exhaustividad en los registros enfermeros que omiten gran cantidad de cuidados profesionales, haciéndolos invisibles; así como, diversos elementos macro sociales que refuerzan esa invisibilidad.

En el Ámbito Nacional

Urquiaga, M. Chimbote (2015) en su investigación **“Vivencias de los profesionales de enfermería en la gestión del cuidado en personas hospitalizadas. Hospital San Ignacio de Casma”** tuvo como objetivo analizar las vivencias de los profesionales de enfermería en la administración del cuidado a personas hospitalizadas. La muestra estuvo constituida por ocho enfermeras del servicio de medicina utilizando la técnica de saturación o bola de nieve. Los datos se obtuvieron a través de los testimonios, como respuesta a la pregunta orientadora los mismos que fueron grabados. Se analiza cada uno de los testimonios llegando a establecer siete unidades de significado: La gestión contribuye a brindar cuidados de calidad al paciente, el cuidado de enfermería se gestiona, satisfacción/insatisfacción del paciente, percibiendo sentimientos positivos/negativos, hacer gestión permite brindar cuidados integrales al paciente. Considerando el concepto de ser de lo vivido de la enfermera, indican un cotidiano, indican como una de las principales funciones a la administración porque permite la planificación de los cuidados, organización de los servicios, administración de los insumos, estancia, coordinación con la familia que contribuyen a brindar la calidad de atención al paciente.

Jiménez, E. y Gómez, M. Trujillo (2013) en su investigación **“Maneras de cuidar de la enfermera a la persona hospitalizada desde la perspectiva del estudiante”** de tipo cualitativo, descriptivo, exploratorio, tuvo como propósito describir y analizar las maneras de cuidar de la enfermera al paciente hospitalizado desde la perspectiva del estudiante. Las bases teóricas se sustentan en el cuidado humano de Watson (2007) quien afirma que el cuidado humano es la esencia de enfermería y Waldow (2006) quien alude a los comportamientos y actitudes que se demuestran en las acciones de competencia de la enfermería. Se utilizó la entrevista a profundidad a doce estudiantes de enfermería de la residencia hospitalaria. Del análisis del discurso emergió la categoría principal: Cuidados esenciales al paciente hospitalizado con las siguientes subcategorías: El cuidado como acompañamiento del cliente, el cuidado cordial y el cuidado terapéutico. Los hallazgos del presente estudio contribuyen conceptualmente para la construcción de modelos de cuidado humano en enfermería del paciente hospitalizado y la experiencia de práctica de enfermería en formación, asimismo se revelaron diversas maneras de cuidar de los enfermeros, las cuales fortalecen el ser y hacer del futuro profesional.

Espinoza, L. Huerta, K. Pantoja, J. Velásquez, W., Cubas, D., Ramos, A., Huacho (2010) en su investigación **“El cuidado humanizado y la percepción del paciente en el Hospital ESSALUD”** tuvo como objetivo general describir la percepción del cuidado humanizado en pacientes atendidos por el profesional de enfermería en ESSALUD Huacho. Objetivos específicos: a) Describir comportamientos del cuidado. b) Identificar el cuidado humanizado percibidos por los usuarios del servicio de hospitalización. c) Describir la aplicación de los principios bioéticos en la atención del profesional de enfermería a los pacientes hospitalizados en ESSALUD durante el mes de octubre del año 2010. Se planteó la siguiente hipótesis: El paciente hospitalizado en ESSALUD no percibió un cuidado humanizado de los profesionales de enfermería durante el año 2010. Material y método: estudio descriptivo prospectivo y transversal, la muestra estuvo conformada por 65

pacientes hospitalizados en los servicios de medicina, cirugía y obstetricia del hospital Gustavo Lanata Luján de ESSALUD Huacho, los datos se recolectaron mediante una encuesta y como instrumento se usó un cuestionario de preguntas cerradas y politómicas. Conclusiones: 1. Los profesionales de enfermería de los servicios de medicina, cirugía y obstetricia de manera global no están brindando un cuidado humanizado a los pacientes; pues el estudio muestra que el 24.7% de ellos nunca percibe este cuidado en tanto que el 39.7% solo lo percibe algunas veces. Esto prueba la hipótesis general planteada en la investigación. Asimismo se concluye en que el profesional de enfermería no brinda una buena atención, lo que contribuye a incrementar notoriamente la insatisfacción del paciente. 2. Los indicadores obtenidos en relación con el cuidado percibido por el paciente muestran los siguientes resultados: El 55.4% de pacientes declara que la categoría disponibilidad para la atención solo es percibida algunas veces, el 52.3% afirma que la categoría empatía es percibida algunas veces, el 44.7% considera que el apoyo emocional se ofrece algunas veces, el 46.6% dice que los sentimientos del paciente son considerados algunas veces, el 36.9% afirma que la priorización del cuidado nunca es considerada y el 35.4% informa que el apoyo físico es ofrecido algunas veces. Si a esto agregamos que las cualidades del quehacer de enfermería y la pro actividad son en general percibidas sólo algunas veces por el paciente, podemos deducir en consecuencia, que el personal de enfermería debe poner más interés y entrega en su trabajo, así como en la relación que establece con el paciente, puesto que tales aspectos constituyen factor importante para alcanzar la pronta recuperación del mismo así como su incorporación a la vida laboral.

Existe una percepción muy baja del cuidado que realiza el profesional de enfermería en favor de los pacientes, percepción basada en el hecho de que sólo algunas veces se aplican los criterios para un cuidado humanizado y una adecuada calidad en la atención.

2.3. Bases teóricas

2.3.1. Evolución histórica del cuidado humano

La palabra “cuidado” procede de la voz latina cogitatus que significa “pensamiento, reflexión” y se define como solicitud y atención con esmero para hacer bien alguna cosa.

Segundo Roach (1993), citado por Waldow, sostuvo que el cuidado humano es una característica humana. El ser humano a lo largo de su desenvolvimiento adquiere formas y expresiones de cuidar que se sofistican. Considera que además de una actividad o una tarea bien realizada en sentido de tratar una herida, aliviar un desconfort, auxiliar una cura o una dolencia procura captar el sentido más amplio del cuidado como una forma de expresión de relacionamiento con el otro ser en el mundo y una forma de vivir plenamente. Esto determinará la calidad del cuidado profesional de enfermería.

De modo informal, el cuidado se inicia o se expresa predominantemente de dos formas: **Como un modo de sobrevivir** y se hace notar en todas las especies y sexos, hombres y mujeres, plantas y animales quienes desenvuelven formas para la sobrevivencia, a esto se suma la capacidad de raciocinio del ser humano que se sofistican con el tiempo. **Como una expresión de interés o cariño** y ocurre entre los humanos predominantemente considerando su capacidad de usar el lenguaje u otras formas para comunicarse con los otros.

El ser humano vive en constante conflicto entre el ser y tener asociado al poder, de tal forma que, para demostrar su poder equivocadamente pensando con un atributo de ser, los humanos buscan adquirir cosas o bienes y dominar las cosas y a las personas rezagando la capacidad del cuidado.

Desde el inicio de la especie los estudios sobre el desenvolvimiento muestran que el ser humano, independiente del sexo, tiene una preocupación principal:

sobrevivir y para eso precisa primero de alimento y agua, posteriormente busca abrigo y protección contra enemigos y más tarde contra el frío. Para ello hacían sus abrigos, se refugiaban y fabricaban indumentarias para cubrir el cuerpo en general de pieles de animales y tejidos, se desenvolvían con instrumentos para caza y pesca, también utensilios para preparar sus alimentos.

Cada periodo de desenvolvimiento humano, ilustra cómo los instrumentos y otros materiales son acrecentados con el trabajo, se sofistican y se registran a cada cultura. Además de las obras de arte a través de los adornos, marcan una preocupación con la estética.

La socialización se inicia cuando los humanos dejan de ser nómades y pasan a convivir en campos y comunidades; las decisiones se amplían e inclusive los humanos comparten habilidades, alimentos y vestuarios.

Las mujeres parecen haber adquirido un comportamiento diferenciado que los hombres más asemejado entre ellas en las diferentes épocas debido a la maternidad ya que de forma universal entre las diversas clases y tribus en las civilizaciones a lo largo de la historia los cuidados como el parto estaban a cargo de las mujeres.

El segundo modo de expresión en el cuidado es con la demostración de interés, afecto, más evidente en la mujer (Waldow, 1998, p.17), para conservar a la humanidad. Destacamos el ejemplo de Florence Nightingale que a los 17 años se sintió “llamada por Dios” para servir a la humanidad y a los 23 años toma la decisión de comunicárselo a sus padres para dedicarse íntegramente a la enfermería y hacer de ella una profesión digna por sus contribuciones científicas a la sociedad en la Guerra de Crimea, con su teoría del “Entorno Saludable”. En 1873 deja su recomendación para los estudiantes de enfermería “La enfermería es un llamado superior, es un llamado honorable, el honor radica en el amor por la perfección y la consistencia en el trabajo duro para conseguirla”.

Luiris Sanabria (2002) considera que, la disciplina de enfermería ha ido evolucionando con los acontecimientos y con las corrientes de pensamiento que han sucedido a lo largo de la historia lo que ha provocado situaciones de cambio dentro de esta ciencia, para cuyo conocimiento es necesario abordar los diferentes paradigmas y concepciones que han ido configurando su desarrollo en conjunto con otras ciencias. De ahí la importancia de que el profesional de enfermería comprenda los cambios que se están produciendo para poder adaptarse mejor a las necesidades que van surgiendo tanto profesionales como de la comunidad a la que brinda sus cuidados.

A partir de la década de los '60 el inicio de investigación en enfermería constató la falta de sistemas teóricos sólidos que puedan ofrecer concepciones teóricas válidas para el ejercicio profesional. Con estas observaciones en el área de la ciencia de enfermería se comienza a usar el concepto de paradigma como referente para el desarrollo de la ciencia y base de múltiples ciencias, al usar este concepto debe hacerse referencia a Thomas Kuhn que lo utiliza como eje central de su visión de la ciencia a partir de su concepción de “ciencia normal” y de la naturaleza de las revoluciones científicas, esto sirvió de gran ayuda para comprender la evolución de la teoría de la enfermería mediante los modelos paradigmáticos de la ciencia.

En los años '80 el desarrollo en las teorías de enfermería, fue lo característico de los períodos de transición del modelo de pre paradigma al de paradigma, los paradigmas dominantes (modelos) proyectaban diversas perspectivas de la práctica de enfermería, la administración, investigación y los posteriores desarrollos técnicos, dirigían las actividades de una disciplina y como tal fue aceptada por la mayoría de sus miembros.

Sanabria explica su reflexión sobre los distintos paradigmas que ayudan a sustentar las bases del pensamiento en enfermería e identificar los cuidados de enfermería como la esencia de la profesión y describir un modelo de cuidado y un método sistemático como punto de partida de los cuidados enfermeros.

La clasificación de los modelos de enfermería como paradigma que aplicaba conceptos meta paradigmáticos como los de persona, entorno salud y enfermería contempla los trabajos en este campo de un modo que mejora la comprensión del desarrollo del conocimiento y arroja luz sobre el avance de la ciencia de enfermería dentro de las visiones contempladas por estos paradigmas. En ese sentido se presentan tres paradigmas:

1. Paradigma de la categorización.

Corriente que comenzó a desarrollarse a finales del siglo XIX y principios del siglo XX. En este paradigma se distinguen dos orientaciones: la centrada en la salud pública y la centrada en la enfermedad y unida a la práctica médica.

Orientación centrada en la salud pública. Se sitúa temporalmente entre los siglos XVIII y XIX y está caracterizada por la necesidad de mejorar la salubridad y de controlar las enfermedades infecciosas en los medios clínicos y comunitarios. Desde la línea que marca esta orientación se pueden explicar los conceptos meta paradigmáticos de enfermería: **la persona** (posee la capacidad de cambiar su situación), **el entorno** (comprende los elementos externos a la persona que son válidos tanto para la recuperación de la salud como para la prevención de la enfermedad), **la salud** (la voluntad de utilizar bien la capacidad que tenemos). Sólo la naturaleza cura, por lo tanto, el paciente deberá poner toda su capacidad al servicio de la naturaleza, para que esta pueda desarrollar plenamente su efecto de curación, **el cuidado** es la intervención que la enfermera realiza mediante reglas aprendidas y que sirve para proporcionar el entorno adecuado que permita actuar a la naturaleza y recuperar la salud.

Orientación centrada en la enfermedad y unida a la práctica médica. Surge cuando comienza a poder controlarse las enfermedades infecciosas, a partir del siglo XIX.

El significado de los elementos que forman el meta paradigma según esta orientación: **la persona** (es un todo formado por la suma de sus partes independientes entre sí y además no participa en el cuidado), **el entorno** (es independiente de la persona y algo que se puede controlar y manipular), **la salud** (es ausencia de enfermedad, un estado deseable), **el cuidado** es aquel que ofrece la enfermera experta con conocimientos y habilidades, con el fin de suplir las incapacidades y déficits en la persona. La representación principal de este paradigma está reflejada en Florence Nightingale, por el interés del control del medio ambiente demostrado en sus escritos y la importancia de la influencia que la naturaleza ejerce sobre la recuperación de la salud de las personas.

Otros enfermeros como Virginia Henderson, Lydia Hall y Jean Watson suponen la transición entre los diversos paradigmas, especialmente porque dan paso al de la integración, en ellos ya se avizora que la experiencia salud-enfermedad supera la linealidad y comienza a considerar a la persona en su integralidad en interacción con el entorno.

2. Paradigma de la Integración

El surgimiento de nuevas teorías (teoría de la motivación, teoría del desarrollo, teoría de sistemas) y la evolución del pensamiento ponen de manifiesto el reconocimiento de la importancia que tiene el ser humano para la sociedad; y en la disciplina de enfermería, se establece una clara diferencia entre ella y la disciplina médica. La diferencia con el paradigma de categorización radica en que ahora debe considerarse el contexto en el que se produce el fenómeno para poder llegar a comprenderlo y explicarlo.

Los trabajos de enfermería de Virginia Henderson, Hildegard Peplau, y Dorothea Orem quedan enmarcados dentro de este paradigma. Según esta orientación los conceptos de la meta paradigma son: **La persona** es un todo formado por la suma de las partes que están interrelacionadas entre sí, en búsqueda constante de las mejores condiciones para detener o mantener su

salud o bienestar. **El entorno** (constituido por los diversos contextos en los que vive la persona, supone una interacción constante en forma de estímulos positivos, negativos y de reacciones de adaptación). **La salud** (es un ideal que se debe conseguir; es decir, adquiere identidad y pierde su subordinación a la enfermedad. Salud y enfermedad son dos entidades distintas que coexisten e interaccionan de manera dinámica). **El cuidado** (amplía su objetivo y se dirige a mantener la salud de la persona en todas sus dimensiones; lo que significa que se llevará a cabo para recuperar a la persona de su enfermedad, prevenir dicha enfermedad e incluso, fomentar su salud. La enfermera aplica el cuidado después de identificar la necesidad de ayuda de la persona y considerar sus percepciones y su integralidad.

Puede decirse que el paradigma de la integración reconoce la disciplina de enfermería claramente diferenciada de la disciplina médica, con orientación hacia la persona en su integralidad y en interacción constante con el entorno. La mayoría de las concepciones o modelos de enfermería se han desarrollado bajo este prisma, guían la práctica y sirven de base para el desarrollo de conocimientos de la ciencia de enfermería.

3. Paradigma de la transformación

Corriente que representa un cambio sin precedentes, se da una apertura social hacia el mundo. La enfermería, inspirada en esta nueva situación dinámica y compleja, va experimentando también una transformación y ha desarrollado nuevas concepciones y teorías propuestas por Rosemarie Rizo Parse (la evolución humana), Betty Neuman (modelo de sistemas), Martha Rogers (seres humanos unitarios), Jean Watson (filosofía y ciencia del cuidado), quedan encerrados dentro de este paradigma. Esta nueva orientación de apertura social influye decisivamente en la disciplina de enfermería y sitúa los conceptos del meta paradigma de la siguiente manera:

La persona es un todo indivisible que orienta los cuidados según sus prioridades. Es además indisoluble de su universo, en relación mutua y

simultánea con el entorno cambiante. La persona, por tanto, coexiste con el medio. **La salud** es un valor y una experiencia que cada persona la vive desde una perspectiva diferente, va más allá de la enfermedad, pero a la vez ésta sirve para el proceso de cambio continuo de las personas. Es una experiencia que engloba la unidad ser humano – entorno. **El entorno** es ilimitado, es el conjunto del universo. **El cuidado** se dirige a la consecución del bienestar de la persona, tal y como ella lo define. De este modo, la intervención de enfermería supone respeto e interacción del que ambos, persona – enfermera, se benefician para desarrollar el potencial propio.

Puede afirmarse que en la evolución de la disciplina de enfermería existe una creciente preocupación por los cuidados que utilizan el conocimiento propio de la disciplina para dispensar cuidados de salud creativos. Este paradigma se encuentra bien definido, pues es el centro de interés de la enfermería y, por tanto, el eje de actuación en todos los campos de su práctica. Como describiera Kerouac, los cuidados de la persona son el núcleo de la profesión de enfermería. “El centro de interés de la enfermería está en los cuidados de la persona que, en interacción continua con su entorno, vive experiencias de salud”. Este paradigma cumple las cinco funciones enunciadas por Merton: **Proporciona** una estructura compacta de conceptos centrales y de sus interrelaciones, que puede utilizarse para la descripción y el análisis. **Reduce** la probabilidad de que existan supuestos y conceptos ocultos inadvertidamente, ya que cada nuevo supuesto y concepto ha de deducirse lógicamente de los componentes anteriores e introducirse en ellos de forma explícita. **Aumenta** la cuantía de las interpretaciones teóricas. **Promueve** el análisis más que la descripción de detalles completos y permite codificar el análisis cualitativo, de forma que se aproxime a la lógica aunque no al rigor empírico de dicho análisis.

Los cuidados de enfermería no son empíricos ni producto de una necesidad ocasional, sino que se fundamentan en un conocimiento teórico que facilita la interpretación y el análisis del cuidado que se brinda, se basan en una

deducción lógica y explicación científica que se centra más en el fenómeno que en los detalles que lo originan y permiten mayor aproximación lógica así como mayor calidad, desarrollo, avance profesional y disciplina.

Los cuidados de enfermería se reconocen como centro de la profesión, pues están condicionados por la propia sociedad que tiene necesidades específicas de atención; el ser humano busca para el mantenimiento de la vida con una mayor calidad, la forma de satisfacer esta necesidad.

Como ya afirmaba Florence Nightingale a mediados del siglo XIX “La enfermería requiere de conocimientos propios, diferentes del conocimiento médico”.

Actualmente, la práctica científica de enfermería, por el nivel de desarrollo que ha alcanzado la disciplina, tiene como referente teórico el modelo de cuidado, y como elemento metodológico, el proceso de atención de enfermería para solucionar los problemas de este cuidado. Ambos elementos significan la epistemología de enfermería. Estos dos elementos adquieren su verdadero sentido cuando se utilizan en conjunto, pues tratar de explicar y abordar una realidad con un modelo de cuidado sin hacerlo sistemáticamente se queda en un simple ejercicio intelectual, y aplicar el proceso de atención de enfermería sin un modelo teórico de referencia, únicamente sirve para sistematizar actividades aisladas que solo tienen significado para quien aplica el proceso. Utilizados conjuntamente representan la manera científica de ofrecer los cuidados de enfermería y contribuyen al desarrollo y avance de la profesión, lo que quiere decir en otras palabras “garantizar que todos los enfermeros compartan una misma concepción de persona, salud, entorno y rol profesional, y un mismo lenguaje en la orientación de los cuidados”

2.3.2. El arte de la ayuda de la enfermería clínica

Aquí se destaca los aportes de Ernestina Widenbach citada por Marriner (2008) que nos permitirá comprender cómo debe ser el ejercicio de la

enfermería clínica. Considera que cada individuo experimenta una serie de necesidades que constituye una parte normal de su vida y le llama “*Necesidad de Ayuda*”. Una necesidad es cualquier cosa que el individuo necesita para mantenerse o sostenerse de forma confortable o capaz en su situación.

La identificación de la necesidad se hace a través de la ayuda: “La ayuda es cualquier medida o acción que permite al individuo superar todo lo que interfiere con su capacidad para funcionar correctamente en relación con su situación; para que sea válida, la ayuda debe ser utilizada por un individuo y debe conseguir aumentar o ampliar sus capacidades”. Combina estas dos definiciones en un concepto más crítico para su teoría de la necesidad de ayuda. Cualquier medida de acción requerida y deseada por el individuo, que restablezca su capacidad para hacer frente a las exigencias de la situación.

La enfermera es un ser humano funcional. Como tal, no solo actúa, sino que también piensa y siente. Sus pensamientos y sentimientos como enfermera son importantes íntimamente relacionados no solo con lo que hace sino con el modo en que lo hace.

Subyacen a cualquier acto que realiza, ya sea en forma de una palabra pronunciada, un documento escrito, un gesto, o un acto de cualquier clase. Para la enfermera cuya actividad está dirigida a la consecución de un propósito específico, “*Los pensamientos y sentimientos tienen que estar disciplinados*”. Con objetivos y filosofía definida que guía sus pensamientos e influye en sus decisiones.

El **conocimiento, el juicio y las habilidades** son tres aspectos necesarios para el ejercicio profesional eficaz. La **identificación, el servicio y la validación** son tres componentes de la práctica profesional directamente relacionados con la atención al paciente, con la que se relaciona de forma indirecta la coordinación de los recursos.

El conocimiento es la “*torre de marfil*” abarca todo lo que la mente humana ha percibido y comprendido; su dimensión y ámbito son infinitos. La enfermera puede adquirir este conocimiento, independientemente de su buen criterio y de sus habilidades; cuando lo hace así, está capacitada para utilizarlo en la dirección, investigación, coordinación y planificación de la asistencia al paciente; pero no es suficiente para identificar su necesidad de ayuda. Para que resulte efectivo con esa finalidad, tal conocimiento debe estar suplementado con la oportunidad de que la enfermera participe en una “*relación enfermera – paciente*” con responsabilidad para emitir juicios y para poner en práctica sus habilidades en beneficio del paciente. El conocimiento puede ser objetivo, especulativo o práctico.

- **Conocimiento objetivo.** “El conocimiento objetivo es algo que se acepta como existente o que es verdad.”
- **Conocimiento especulativo.** “El conocimiento especulativo abarca las teorías, principios generales que explican los fenómenos, las creencias o los conceptos y el contenido de áreas especiales subjetivas como las ciencias naturales, la ciencias sociales y las humanidades”.
- **Conocimiento práctico.** “El conocimiento práctico consiste en saber aplicar el conocimiento objetivo o especulativo a la situación de que se trate.” Además debe actuar con criterio, este representa las capacidades de la enfermera para tomar decisiones razonables. El criterio se origina a partir de un proceso cognitivo que implica contraponer hechos – tanto generales como particulares – frente a los valores personales derivados de ideales, principios y convicciones. También implica saber distinguir entre hechos y supuestos, y relacionarnos con la causa y el efecto.

El criterio tiene un carácter personal; la enfermera lo ejercerá en función de la claridad con que perciba el objetivo al que sirve, el conocimiento pertinente de que disponga en ese momento y de cómo reaccione ante las circunstancias del momento, como tiempo, situaciones e individuos. Las decisiones que

resulten del ejercicio del criterio serán razonables o no en función de que la enfermera haya disciplinado o no sus emociones y su mente. Las emociones descontroladas pueden oscurecer el conocimiento y el objetivo. Los supuestos infundados pueden distorsionar el hecho. Aun cualquier decisión que la enfermera pueda tomar represente su mejor criterio en el momento de tomarla, cuanto más amplios sean sus conocimientos y más fácilmente pueda disponer de ellos, mayor será la claridad del objetivo y más firme la base sobre la que se apoyen sus decisiones.

Las habilidades representan la capacidad de la enfermera para lograr los resultados deseados. Las habilidades abarcan numerosos y diversos actos caracterizados por la armonía de movimiento, expresión e intención, por la precisión y por la destreza en la utilización de sí mismo. Estos actos siempre se llevan a cabo con la intención de lograr un determinado propósito y no constituyen un objetivo en sí mismo. La intención y el propósito deliberado, por lo tanto, diferencian las habilidades de las actividades de enfermería que, aunque se realice de forma competente, se llevan a cabo considerando el acto como el fin que se persigue y no como el medio a emplear para alcanzarlo. Estas pueden ser:

Habilidades de procedimiento. “Las habilidades de procedimiento son las aptitudes para llevar acabo procedimientos que la enfermera puede necesitar iniciar y realizar para identificar la necesidad de ayuda en sus pacientes”

Habilidades de comunicación. “Las habilidades de comunicación son las capacidades de expresión de pensamientos y sentimientos que la enfermera desea transmitir a su paciente y a otras personas relacionadas con su cuidado. Se pueden utilizar expresiones verbales y no verbales, aislada o conjuntamente, para comunicar un mensaje o para provocar un determinada respuesta.”

El servicio, consiste en proporcionar la ayuda necesaria. Requiere la identificación de la necesidad de ayuda, la selección de un sistema de

cuantificación para que la ayuda sea adecuada a la necesidad y la aceptación de la ayuda por parte del paciente.

La validación, es la comprobación de que la capacidad funcional del paciente se ha restablecido como resultado de la ayuda suministrada.

La coordinación, mientras se esfuerzan en mantener la unidad y continuidad, la enfermera coordina con todo los servicios dispensados al paciente, para evitar que este reciba una asistencia fragmentada. La elaboración de informes, la consulta y la discusión son los elementos funcionales de la coordinación.

El informe, consiste en presentar información en forma oral o escrita, y es importante para que los demás tengan conocimiento no solo del antecedente social y sanitario del paciente, sino también de una situación actual y de reacción, evolución, cuidados y plan terapéutico.

La consulta, el hecho de solicitar información o pedir consejo, es un método para conseguir de los demás una opinión o sugerencia que permita a la enfermera ampliar la información de que dispone antes de decir sobre la líneas de acción a seguir.

La discusión, el hecho de intercambiar y comparar ideas, se realiza con frecuencia para comparar la respuesta del paciente al tratamiento que ha recibido hasta ese momento, y para planificar los cuidados que recibirá en el futuro.

El arte es “la aplicación de los conocimientos y habilidades” para obtener los resultados deseados; el arte es una acción individualizada. “El arte de la enfermería, por lo tanto, lo lleva acabo la enfermera en una relación biunívoca con el paciente y constituye la respuesta consiente de la enfermera a los aspectos concretos de la situación real del paciente”, y está dirigido a: 1) Entender al paciente, su patología, situación y necesidades; 2) Incrementar las actitudes del paciente; 3) Mejorar su patología o su situación dentro del marco del plan terapéutico que tenga asignado, y 4) Prevenir la recidiva de su

problema o el desarrollo de otro que pueda producir ansiedad, incapacidad o agotamiento. El arte de la enfermería comprende tres actividades iniciales: estímulo, pronóstico e interpretación. La enfermera actúa basándose en dichas actividades. *“Sus acciones pueden ser racionales, reaccionarias o deliberadas.”*

Estímulo. El proceso de ayuda se desencadena en respuesta a un estímulo que es la conducta que representa el paciente.

Pronóstico. El pronóstico es una expectativa sobre la evolución del paciente.

El pronóstico está basado en el conocimiento adquirido a partir de numerosas fuentes, entre ellas la historia clínica del paciente, los informes de otras enfermeras, médicos o familiares, lo que la enfermera ha leído u oído sobre pacientes en condiciones análogas, su propia experiencia con pacientes similares y, finalmente, los datos recogidos en contactos previos con el paciente.

Interpretación. La interpretación es una comparación de lo que se percibe con lo que se prevé o espera. La percepción es una interpretación del estímulo y puede malinterpretar la conducta del paciente.

Acción racional. Una acción racional es un acto espontáneo realizado como respuesta única o principal a la percepción inmediata de la acción - verbal o no verbal – o situación de otra persona. En la relación enfermera – paciente, la actuación de la enfermera se podría denominar racional si esta responde guiada solo por la percepción inmediata de la conducta del paciente – lo que dice o hace, o el aspecto que presenta.

Acción reaccionaria. La acción reaccionaria, a diferencia de la acción racional, es un acto que se inicia espontáneamente como respuesta a los sentimientos intensos que la gente experimenta cuando compara su

percepción de la conducta o situación de otra persona con las que preveía o esperaba.

Acción deliberada. La acción deliberada se opone a las acciones racionales y a las reactivas.

Una acción deliberada es un acto espontáneo que, aunque se realice teniendo en cuenta las percepciones o sentimientos inmediatos de quien lo realiza no se basa únicamente en ellos. Por el contrario, es una interacción dirigida a la consecución de un propósito explícito y llevada a cabo con el criterio y el conocimiento de lo que el otro quiere decir con la conducta que manifiesta tanto verbal y no verbalmente. En una relación enfermera – paciente, la acción espontánea de la enfermera es deliberada si se basa en la aplicación y en el cumplimiento de su objetivo de enfermería, de sus principios de ayuda para lograr comprender lo que el paciente quiere expresar con su conducta.

Wiedenbach finaliza su consideración de los tipos de acción diciendo: “Mi tesis expresa que el arte de la enfermería no está constituida por acciones racionales o reaccionarias, sino por acciones deliberadas”.

CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA

3.1. Tipo de investigación

La investigación realizada tuvo un enfoque eminentemente cualitativo, porque está sometida a la perspectiva naturista y a la comprensión interpretativa de la experiencia humana tal y como sucede. Este enfoque reconoce que existe una relación dinámica entre el mundo real y el sujeto, una interdependencia viva entre sujeto y objeto y una postura interpretativa del sujeto-observador que atribuye un significado a los fenómenos que interpreta (Rodríguez, 1999, p.32).

La investigación realizada cumplió con las características del enfoque cualitativo:

1. **Holística.** Se consideró el contexto, buscando la comprensión del fenómeno de estudio, para la investigación en curso es el cuidado de enfermería desde un enfoque humanístico, en los servicios hospitalarios considerando la integralidad del sujeto de estudio.
2. **Empírica.** Orientado al trabajo de campo, ambiente hospitalario con énfasis en las descripciones del lenguaje natural a través de los informantes y observaciones del cuidado de enfermería enfocado en la dimensión humana.
3. **Interpretativa.** Es el resultado de la interacción entre informantes e investigadora considerando las bases filosóficas, sociológicas, psicológicas, antropológicas y éticas del cuidado de enfermería.
4. **Empática.** Interés de la investigadora hacia los informantes, considerando el contexto en el que se da el cuidado de enfermería y el significado de

cuidado humanístico en enfermeras(os) de los servicios de hospitalización, considerando la empatía y compatía.

3.2. Método de Investigación

La investigación se realizó a través del método descriptivo-interpretativo actuando como referente la teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici y Denise Jodelet, aplicando la objetivación y el anclaje; así como la función analítica e interpretativa de la investigadora en todo el proceso; siendo fundamental aprender el discurso, considerando que el lenguaje es tomado como sujeto de la forma de vida y tradición que determina el ser material de la praxis vital, es decir los actos del cuidado de enfermería. Luego se procedió a comparar el discurso, discernir, esclarecer, seleccionar, separar, agrupar en códigos lo vertido, mediante la codificación abierta, axial y selectiva generando categorías y subcategorías permitiendo construir las representaciones sociales mediante la hermenéutica o ciencia de la interpretación, evidenciado a través del núcleo figurativo.

3.3. Informantes del estudio

Los informantes del estudio fueron veintiún enfermeras (os) que laboraron en los servicios de hospitalización de medicina, cirugía y pediatría del hospital estatal de Cerro de Pasco-Perú, durante el período de estudio. La muestra se determinó por el criterio de saturación ante la imposibilidad de encontrar nuevos datos que añadan propiedades a una categoría. Según Rodríguez, G. (1999), este tipo de estrategia de muestreo está especialmente recomendado en aquellas investigaciones en las que se pretende realizar una interpretación holística.

Se consideró como criterios de inclusión:

1. Que acepte voluntariamente a participar en la investigación.
2. Que labore en los servicios de hospitalización como mínimo cinco años.

3.4. Unidad de análisis

Estuvo conformada por cada uno de los discursos de las(los) enfermeras(os) que laboraron en los servicios de hospitalización del Hospital Estatal de Cerro de Pasco. Perú, durante el período de estudio.

3.5. Escenario de la investigación

La investigación se desarrolló en los ambientes de los servicios de hospitalización de medicina, cirugía y pediatría del Hospital Estatal de Cerro de Pasco, ubicado en la sierra central del Perú a 4,380 metros sobre el nivel del mar, en el distrito de Yanacancha.

Su infraestructura consta de dos pisos. En la primera planta se encuentran ubicados los consultorios externos (medicina, cirugía, pediatría, gineco-obstetricia), servicio de farmacia, servicios de emergencia, laboratorio, banco de sangre, servicio de ecografías, consultorios del programa de control de infecciones respiratorias agudas, programa de control de enfermedades diarreicas agudas, programa ampliado de inmunizaciones, programa de control de tuberculosis y el servicio de epidemiología; además se encuentran las oficinas administrativas como dirección, secretaría, oficina de personal, logística, jefatura de enfermería. En la segunda planta, se encuentra los servicios de hospitalización y centro quirúrgico; en el ala derecha se encuentra el servicio de pediatría y neonatología; en el ala izquierda se encuentran los servicios de cirugía, medicina, y gineco obstetricia. Estos servicios cuentan con una capacidad de treinta camas en un solo pabellón, en él trabajan enfermeras(os) y técnicos de enfermería. Las enfermedades más frecuentes que se atienden están relacionadas a problemas gastrointestinales como apendicitis, peritonitis, colecistitis, vólvulos; el servicio de medicina atiende patologías como deshidratación severa, diarreas disentéricas, policitemia, hipertensión arterial, diabetes, traumatismos, intoxicaciones, infecciones transuretrales y enfermedades broncopulmonares, con mayor frecuencia en

paciente senil; y en pacientes pediátricos, IRAS, EDAS y accidentes músculo-esqueléticos.

El mencionado hospital es un establecimiento de salud del segundo nivel de atención clasificado como II-1 según categorización del (MINSA, 2004), responsable de satisfacer las necesidades de salud de la población de su ámbito jurisdiccional a través de una atención integral ambulatoria y hospitalaria en cuatro especialidades básicas: medicina interna, ginecología, cirugía general, pediatría, anestesiología con acciones de promoción de la salud prevención de riesgos y daños, recuperación y rehabilitación de problemas de salud.

Los servicios de hospitalización constituyen el área funcional destinada a brindar los cuidados necesarios a los usuarios que requieren ser internados por más de veinticuatro horas para recibir manejo o tratamiento médico o quirúrgico.

Cuenta con personal médico y de enfermería (profesional y técnico) las veinticuatro horas, complementado con otros profesionales de la salud.

Existen un total de cuarenta enfermeras (os) veinticuatro nombradas(os) y dieciséis contratadas(os) distribuidas de la siguiente manera: seis en los servicios de medicina y cirugía, cinco en pediatría, diez en neonatología, siete en emergencia, cuatro en sala de operaciones y ocho en los servicios de estrategias sanitarias.

El servicio de enfermería es una unidad orgánica que depende directamente del director, cuyas funciones son planificar, organizar, dirigir, supervisar y controlar el cuidado integral y de calidad al paciente familia y comunidad (MOF Hospital DAC, 2012).

Actualmente, la planta física de este nosocomio se encuentra en reconstrucción.

3.6. Técnica e instrumento de recolección de datos

A. Observación participante

Para el estudio, la observación participante permitió captar la realidad social y cultural del colectivo profesional de enfermería con participación de la investigadora, considerando la perspectiva emic (desde el autor o sujeto estudiado) y la perspectiva etic (desde el investigador).

Se hizo una observación libre y sistemática del cuidado de enfermería en los servicios de hospitalización de medicina, cirugía y pediatría enfatizando los contenidos afectivos y conativos en la relación transpersonal y la intervención terapéutica guiada por la práctica humanística, así como la interacción en el entorno de los servicios hospitalarios. Las observaciones se registraron en el cuaderno de trabajo de campo, también llamado bitácora, registrando día y turnos de trabajo del profesional de enfermería, para llegar al conocimiento de la realidad estudiada. (Ver anexo 2)

B. Entrevista en profundidad

Permitió acceder al conocimiento y vivencias del colectivo profesional investigado, obteniendo los datos desde el propio lenguaje de los sujetos a quienes se les concedió libertad y flexibilidad de opinión.

En ella se identificó la producción discursiva de los participantes, para luego comparar, analizar, e identificar los contenidos de las representaciones sociales. Cada entrevista tuvo una duración entre 50 y 60 minutos, considerando el rapport y sus componentes conductuales: atención, positividad mutua y coordinación buscando la sintonía psicológica y emocional. (Ver anexo 3)

Las entrevistas se realizaron entre los meses de marzo a julio, retornando al campo de estudio entre los meses de noviembre para mejor comprensión y esclarecimiento del objeto de investigación.

Los instrumentos fueron validados por juicio de expertos (dos enfermeras y dos antropólogos), quienes facilitaron la comprensión de la obtención de información para investigaciones cualitativas.

3.7. Proceso de trabajo de campo

- a) Se realizó los trámites mediante oficio N° 001-2014-T-NMHR-12-03-14 dirigido al Director del Hospital, solicitando acceso al campo clínico para estudio de investigación con profesionales de enfermería. La solicitud fue admitida mediante proveído favorable N° 021-HDAC-PASCO-19-03-14 de la Jefatura de Recursos Humanos y la Jefatura de Enfermería. Por lo tanto, se inició el trabajo de campo.
- b) Inmersión de la investigadora a los servicios de hospitalización de medicina, cirugía, pediatría. Previa presentación de la Jefa de Enfermeras, se estableció contacto con las enfermeras, solicitándoles su consentimiento informado para la investigación en los diversos turnos laborales; la mayoría aceptó con facilidad su participación; una minoría se mostraba indiferente debido a su escasa disposición de tiempo y su excesiva carga laboral; con estrategias de persuasión de la investigadora se logró su participación activa.
- c) La observación participante a enfermeras permitió compartir experiencias e ir registrando en el cuaderno de trabajo de campo o bitácora los aspectos observados relacionados con el cuidado de enfermería, enfatizando los contenidos afectivos, conativos durante la interacción profesional. Se hizo uso de una cámara fotográfica para mayor objetividad de la realidad descrita (Ver anexo 6).
- d) La entrevista en profundidad se realizó mediante el uso de la grabadora, previamente se verificó su operatividad a través de una prueba con el sujeto informante; para ir familiarizándolo a la entrevista se estableció

contacto empático y compático, considerando el contrato comunicativo, la interacción verbal y el universo social de referencia, con enfermeras (os). Para lograr el objetivo deseado se comprobó la claridad de la grabación y el aseguramiento de la información requerida. Se tuvo la disposición y paciencia necesaria para el contacto con los informantes; algunos accedieron a la entrevista fuera de su horario de trabajo a pesar de su recargada labor.

- e)** Los discursos de los informantes fueron transcritos después de cada entrevista. Para evitar la acumulación de información y facilitar su análisis e interpretación se elaboraron cuadros comparativos de los discursos de las enfermeras en el formato Word. Se conservó la naturaleza de los datos y se consideró el código y denominación de cada participante de la siguiente manera:

Enfermera (o) N°1 (E₁).....Enfermera (o) N°21 (E₂₁)

- f)** Para el análisis semántico de discursos se consideró los significados y significantes; en primer lugar, se realizó un análisis descriptivo construyendo códigos abstractos a partir de los datos particulares; los datos fueron fragmentados línea por línea, conceptualizados y articulados analíticamente mediante la codificación abierta; luego, los conceptos se agruparon en categorías y subcategorías organizados jerárquicamente y estos muestran las cualidades del objeto de estudio (ver anexo 7).
- g)** La estrategia que se utilizó para el procesamiento de los datos codificados fue la comparación permanente y constante de las experiencias vividas, de lo que reflexionan sobre sus conocimientos y prácticas; estos permitieron registrar las ideas que fueron surgiendo.
- h)** Se hizo el análisis relacional o reconstrucción del núcleo figurativo a través de la codificación axial y codificación selectiva para establecer relaciones o conexiones entre diferentes contenidos de los resultados descriptivos y

un modelo comprensivo general que articula los aspectos esenciales de los resultados.

- i) Se elaboraron esquemas figurativos que permitieron la representación gráfica de los significados y significantes, para su análisis ideográfico y nomotético a fin de construir la representación social del cuidado de enfermería que brindan las/los enfermeras/os. Luego se describieron las categorías y subcategorías, considerando los relatos representativos del colectivo de estudio para la interpretación y esclarecimiento de la realidad social.
- j) Finalmente se organizó el núcleo figurativo, a partir de los esquemas figurativos. Esta es la parte más sólida que le confiere peso y significado a las representaciones sociales y sus implicancias para el cambio social.

3.8. Consideraciones éticas.

Considerando que el trabajo de campo requirió la inmersión de la investigadora a la realidad investigada (ambiente hospitalario), la relación con las personas y la participación dentro de una organización de salud, le obligó a:

1. Proyectar valores y principios éticos.
2. Solicitar el consentimiento informado de participación voluntaria en la investigación.
3. Respetar el principio de autonomía y beneficencia.
4. Respetar la confidencialidad de la información.
5. No revelación de la identidad de los informantes.
6. Mantener el principio de responsabilidad profesional compromiso y vocación de servicio, salvaguardar los derechos, intereses y sensibilidad de los informantes durante la recogida de la información y respetar las normas institucionales (Ver anexo 1).

CAPÍTULO 4: RESULTADOS

4.1. Datos generales

La población estudiada estuvo conformada por veintiún enfermeras (os) cuyas edades comprendían entre 30 y 62 años, con tiempo de servicios entre 6 y 36 años como enfermeras asistenciales. El 67% son casadas, el 33% solteras; el 71% son enfermeras especialistas, el 24% son enfermeras generales, el 5% enfermeras magíster; el 62% son nombradas y el 38% son contratadas. (Ver anexo 5)

4.2. Descripción, análisis e interpretación de resultados

La descripción, análisis e interpretación de la información se realizó mediante la hermenéutica considerando el marco filosófico, referencial teórico y los antecedentes de la investigación.

Para orientar el trabajo de campo y favorecer el estudio mediante la observación participante y entrevista en profundidad, se utilizó las doce tareas fundamentales propuesta por J. Spradley, citado por (Rodríguez, 1999), que establece un ciclo de fases de recogida y análisis de los datos en simultáneo a lo largo de toda la investigación en un proceso dialéctico con rigor científico (Ver anexo 4).

4.2.1. Categorías emergentes de las representaciones sociales (RS) del cuidado de enfermería desde un enfoque humanístico en los servicios hospitalarios:

CATEGORÍA 1: IDENTIFICANDO EL SIGNIFICADO DE SER ENFERMERA (O)

SUBCATEGORÍA: Enfermera como ser social

SUBCATEGORÍA: Enfermera como ser profesional de la salud

CATEGORÍA 2: IDENTIFICANDO EL SIGNIFICADO DE CUIDADO HUMANÍSTICO SEGÚN LA ENFERMERA (O)

SUBCATEGORÍA: Cuidado humanístico es tener conocimientos científicos habilidades y destrezas procedimentales y relacionales para brindar cuidado integral y con amor.

SUBCATEGORÍA: Cuidado humanístico es esencia de enfermería brindando apoyo y comprensión en el dolor y sufrimiento con empatía calidad y calidez

SUBCATEGORÍA: Cuidado humanístico es interactuar con el paciente familia y equipo de salud dentro de un clima laboral favorable.

CATEGORÍA 3: IDENTIFICANDO LA INTERACCIÓN PROFESIONAL ENFERMERA-PACIENTE Y FAMILIAR EN LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS

SUBCATEGORÍA: Reconociendo fortalezas y debilidades en la interacción enfermera-paciente.

SUBCATEGORÍA: Reconociendo fortalezas y debilidades en la interacción enfermera-familiar.

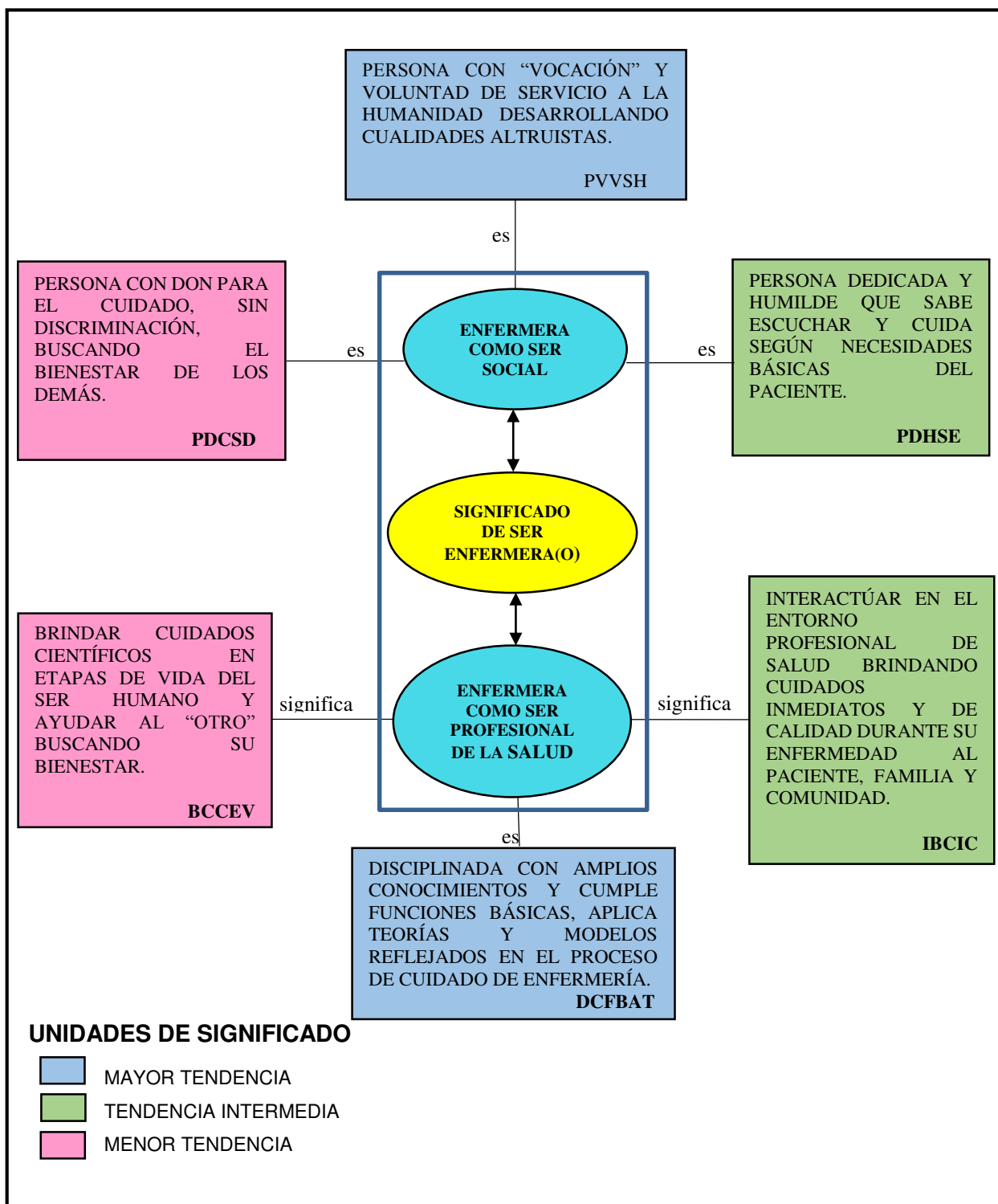
**CATEGORÍA 4: ACTITUDES Y VALORES RELACIONADOS AL
CUIDADO HUMANÍSTICO EN EL ENTORNO DE LOS SERVICIOS
HOSPITALARIOS**

SUBCATEGORÍA: Actitudes en el entorno de los servicios hospitalarios

SUBCATEGORÍA: Valores en el entorno de los servicios hospitalarios

ESQUEMA FIGURATIVO 1

IDENTIFICANDO EL SIGNIFICADO DE SER ENFERMERA(O) (R.S.)



CATEGORÍA 1: IDENTIFICANDO EL SIGNIFICADO DE SER ENFERMERA (O)

Según Araya (2012), las representaciones sociales permiten reconocer los modos y procesos de constitución del pensamiento por medio del cual las personas construyen y son construidas por la realidad social y constituye un aspecto fundamental del significado ontológico que le dan a su ser. Entendiéndose que, el posicionamiento en la sociedad determina el tipo de relacionamiento profesional con los sujetos del cuidado y van construyendo su ser profesional.

En esta categoría se analizan los discursos de las enfermeras, en relación a la interrogante: *¿Qué significa ser profesional de enfermería?*

Los relatos evidencian unidades de significado y subcategorías emergentes.

SUBCATEGORÍA: Enfermera como ser social

“....Ser profesional de enfermería es ser una persona con vocación y voluntad de servicio a la humanidad desarrollando cualidades altruistas, es brindar al paciente un cuidado directo durante su enfermedad, hasta lograr su recuperación, brindarle rehabilitación que trae grandes satisfacciones cuando el paciente sale recuperado del hospital, te sientes bien ante la sociedad, porque reconoce tu labor”

(E₂, E₃, E₉, E₁₃, E₁₄, E₁₅, E₁₆, E₁₉, E₂₀)

Los discursos evidencian el significado que le asignan al ser, considerando que, como persona la enfermera debe desarrollar cualidades altruistas, y para ejercer la enfermería es fundamental ser una persona con inspiración y llamado hacia la dedicación y la capacidad humana para decidir con libertad lo que se desea o no hacer para el bienestar del paciente. Según la RAE (2014) la palabra vocación proviene del latín *vocatio-onis*, que significa acción de llamar. Inspiración con que Dios llama a algún estado

especialmente al de la religión. En su locución verbal es la inclinación a cualquier profesión o carrera. La enfermera debe sentir ese llamado que la incline al servicio de la humanidad con voluntad brindando el cuidado en el proceso enfermedad-salud que genere satisfacción del deber cumplido. Los relatos concuerdan con lo resaltado por Waldow (1998) & Landam (2014). La primera considera que una enfermera para que cuide a un paciente hospitalizado debe poseer paciencia, atención, cariño, entender al paciente, tener voluntad, ser servicial y con gran profesionalismo; estas cualidades son reconocidas como altruistas por la sociedad. La segunda afirma que la persona que se desempeña en los servicios de emergencia debe tener vocación, optimismo y tomar su labor como un desafío.

Leddy & Pepper (1989) consideran que la enfermera en su calidad de persona interactúa constantemente con el ambiente personal y como profesional interactúa con el medio profesional; como el ser humano desarrolla primero el yo personal, ese conjunto de comportamientos organizados forman las bases del yo que conducen a una profesión, en consecuencia el yo personal ejerce una gran influencia sobre el naciente yo profesional, que sentarán las bases para la interacción profesional con la persona (p.63). En consecuencia será fundamental el desarrollo de cualidades altruistas, éstas influirán positivamente en la interacción con el paciente, familia y miembros del equipo de salud.

“....Ser profesional de enfermería es ser una persona, dedicada, humilde, que sabe escuchar al paciente,...sobre todo la escucha es importante para brindarle un cuidado de acuerdo a las necesidades básicas del paciente, es dar lo mejor de sí para ayudar al paciente a su recuperación”

(E₁, E₆, E₁₁, E₁₂, E₁₈)

Consideran que la enfermera como persona debe poner esfuerzo e interés en el cuidado, que según Waldow (1998), desde los orígenes de la humanidad y evolución del ser humano es más genuino el cuidado en la

mujer por su preocupación desinteresada en el otro. Citando a Colliere se puede decir que a través del cuidar las mujeres expresan una forma de relación con el mundo. De esa forma el pensar en el cuidado humano con cualidades altruistas es una forma de estar, de ser y de relacionarse y, que las mujeres incuestionablemente pueden ser consideradas cuidadoras por excelencia por su delicadeza y humildad. Según la RAE (2014), la humildad es la base de todas las virtudes que consiste en el reconocimiento de las propias limitaciones y debilidades y obrar según este conocimiento. El profesional de enfermería sabe reconocer sus capacidades y limitaciones durante el cuidado solicitando el apoyo del profesional más experto, pues considera que la vida y la salud del paciente es de vital interés.

El saber escuchar al paciente es ante todo dejar de hablar; callar y callar es dar tiempo al interlocutor para exponer en la medida y en el modo que considere oportuno su pensamiento y su estado de ánimo; no interrumpirlo y dejarlo terminar para abordar su problema de salud.

Saber escuchar es muy difícil, pero es muy valioso encontrar un cuidador que sepa escuchar, sobre todo en los momentos más difíciles de la vida. Los cuidadores de la salud nos vemos en la obligación de aprender a escuchar. En la comunicación se puede decir que hay una entrega de cada una de las partes, es reconocer al otro y nos ubica en un mismo plano y esto va a facilitar la acogida (Sánchez & Pinto, 1998, p.37); ésta permite cierto grado de confianza y comprensión para explorar el mundo de vivencias del ser humano.

La acogida que se tiene con el paciente permite la relación YO-TU, que nos hace humanos, nos permite entendernos en la relación del cuidado, descritos por la filosofía humanista de BUBER; él considera que también existe la relación YO-ELLO, ésta cosifica al sujeto y las relaciones se basan en el interés, por tanto la más relevante es la auténtica relación de persona a persona el encuentro y unión entre dos personas Yo enfermera-Tu paciente, donde se valora el sentimiento, se interesa de las sensaciones del

hombre con el hombre. La enfermera de hoy debe considerar este relacionamiento que le permite identificar las necesidades básicas, considerando la disciplina (orden, limpieza y puntualidad) y los conocimientos propios de la profesión, que identifica y legitima su práctica.

“....Ser profesional de enfermería es ser persona con un don para el cuidado sin discriminación a los pacientes, es dar lo mejor de sí mismo para el bienestar de los demás”

(E₅)

Estas consideraciones demuestran lo que Nightingale consideraba que enfermería es un llamado superior y honorable que radica en el amor y persistencia en el trabajo para estar al cuidado del ser humano, es acompañarlo en sus vivencias durante su experiencia en la enfermedad, es una característica peculiar, con su presencia genuina la enfermera (o) alcanza grandes experiencias y aprendizajes con cada ser humano sin distinción alguna, esta es una oportunidad de crecimiento personal y profesional vivenciado por cada enfermera. Como lo dijera Mayeroff citada por Waldow (1998) el ser humano vive el significado de su vida por medio del cuidado, y que el cuidar es un proceso interactivo de ayudar a otro ser a crecer y a realizarse y que es importante la experiencia adquirida en el proceso de cuidar, porque fortalece el conocimiento profesional (p. 161).

SUBCATEGORÍA: Enfermera como ser profesional de la salud

Los discursos y la observación permitieron comprender a la enfermera como ser profesional, revelados a través de:

“....Ser profesional de enfermería es ser disciplinada, con amplios conocimientos para estar al cuidado del paciente y servicio a la comunidad cumpliendo funciones básicas; como la asistencial, docente, administrativa e investigativa aplicando teorías y modelos de enfermería reflejados en el

proceso de cuidado de enfermería aprendidos en la universidad, esto nos permite desempeñarnos en la sociedad”

(E₄, E₁₀, E₂₁)

El profesional de enfermería a lo largo de su historia ha definido su rol social. Las enfermeras han ido comprendiendo que la razón de existencia de la enfermería es el cuidado científico y que ésta debe ser considerada como una característica humana, que en su desenvolvimiento adquiere formas y expresiones de cuidar que se sofistican con el avance de la ciencia. Se considera además que como actividad o tarea bien realizada en sentido de tratar una herida o aliviar un desconfort o una dolencia procura captar el sentido más amplio del cuidado como una forma de expresión de relacionamiento con el otro ser en el mundo y una forma de vivir plenamente. Según Roach (1993) citado por Waldow (1998) la enfermería es considerada entonces como una profesión científica, humana y técnica.

En su desenvolvimiento profesional las enfermeras (os) cumplen funciones básicas que de acuerdo art. N° 3 de la Ley de Trabajo 27669. Al referirse al ámbito de la profesión de enfermería, considera que ésta se desarrolla a través de un conjunto de acciones orientadas a la solución de los distintos problemas de naturaleza bio-psico-social del individuo familia y la comunidad desenvolviéndose básicamente en las áreas: Asistencial (atender las necesidades básicas, aplicar cuidados para la reducción de los daños provocados por la enfermedad), Administrativa (realizar gestión hacia el logro de objetivos comunes, efectuado con el menor gasto posible de tiempo, energía y dinero siempre compatible con calidad de trabajo), Docente (compartir el cuerpo de conocimientos específicos, participar en el proceso de la educación para la salud, brindando educación sanitaria a personas, familias, núcleos sociales y comunidad), y de Investigación (fomentar avances de investigaciones para mejorar la práctica profesional). Esto refleja la integralidad del ejercicio profesional que se sustenta por el

conjunto de teorías y modelos que dan sentido al conocimiento para mejorar la práctica describiendo, explicando y prediciendo los fenómenos.

El poder de una enfermera se incrementa con el conocimiento teórico, ya que los métodos desarrollados sistemáticamente guían el pensamiento crítico y la toma de decisiones en la práctica profesional esto es evidenciado por el proceso de atención de enfermería o proceso de cuidado de enfermería.

Bravo (2005) considera que el proceso de atención de enfermería es un instrumento científico para evidenciar la ciencia de enfermería en la práctica profesional, en él se utiliza las capacidades y habilidades cognoscitivas, técnicas e interpersonales para recolectar la información, diagnosticar y tratar las respuestas humanas de la persona, familia y comunidad identificando problemas reales, de riesgo y potenciales. Para realizar el proceso de atención de enfermería se cumplen etapas como: valoración, diagnóstico, planeamiento, ejecución y evaluación.

La valoración como primera etapa del proceso de atención de enfermería debe reunir la información de la persona, familia y comunidad sana y/o enferma, esto permitirá identificar los problemas que requieren la intervención de enfermería. Se hará una valoración inicial, valoración focalizada o diaria y valoración de urgencia, recolectando datos subjetivos, objetivos, actuales e históricos, de fuentes primarias (persona, respuesta humana, creencias, prácticas y patrones de conducta) y secundarias (personal de salud, personas relacionadas registro de reportes, pruebas de laboratorio y literatura); los métodos a utilizar son: la observación, el examen físico cefalocaudal a través de la inspección, auscultación, percusión y palpación, y la entrevista centrada en el paciente; con escucha activa dejando que se exprese libremente, considerando el tiempo, lugar, disposición y distancia.

Para la valoración se consideran diversos modelos, que de acuerdo a las clasificaciones de los diagnósticos de enfermería presentados por la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) son: según patrones funcionales, según respuestas humanas y según dominios y clases, este último es el completo con las áreas de dominio de la enfermera, cabe recalcar que si se elige un modelo determinado para valorar, se debe elegir como instrumento de ayuda la clasificación de diagnósticos según el mismo modelo para facilitar así la identificación de los diagnósticos de la persona, familia o comunidad, dichas clasificaciones se encuentran en la etapa de diagnóstico.

Una vez realizado el diagnóstico se realiza la fase del planeamiento, en él se consideran los objetivos de intervenciones y evaluación. Posteriormente se ejecuta las intervenciones de enfermería registrando el SOAPIE consideradas como notas de enfermería modernas que reemplazaron a las notas de enfermería narrativas, evidenciando el trabajo científico.

La evaluación como etapa final se realiza considerando el planeamiento. Bravo reafirma, no puedo dejar de mencionar que para el crecimiento de la profesión es necesario la unificación de criterios para un lenguaje estandarizado en el quehacer de enfermería, por tal motivo debemos empezar a trabajar con el registro de valoración según dominios y clases ya que este último abarca todas las áreas de dominio de la enfermera. Estas son: 1 Promoción de la salud, 2 Nutrición, 3 Eliminación, 4 Actividad/Reposo, sueño y descanso. 5 percepción/cognición, 6 Autopercepción, 7 Rol/Relaciones, 8 Sexualidad, 9 Afrontamiento y tolerancia al estrés, 10 Principios vitales, 11 Seguridad y protección, 12 Confort, 13 Crecimiento y desarrollo.

La North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) presenta los clichés diagnósticos en cada dominio, estas serán consideradas según su actualización bianualmente. Se precisa saber que la primera taxonomía de los diagnósticos, fue alfabetizada en 1982, la segunda NANDA aceptó a

patrones del hombre unitario como principio de organización en 1984, denominándolo patrón de respuestas humanas. El 2004 se presenta la clasificación de diagnósticos según dominios. Esto evidencia la constante investigación científica, que impulsa la independencia de la enfermera y asegura la calidad del cuidado y exige una constante actualización para el cuidado profesional.

Marriner (2008) sostiene que aplicando las teorías, modelos y el método científico las enfermeras entienden el porqué de lo que hacen y son capaces de explicarlo claramente a otros profesionales de la sanidad. Por lo tanto, la teoría lleva a la autonomía profesional guiando la práctica, formación e investigación dentro de la profesión. Además el estudio de la teoría desarrolla capacidades analíticas y de pensamiento crítico clarifica los valores y los supuestos y dirige los objetivos de la práctica, formación e investigación de las enfermeras (p.11)

“...Ser profesional de enfermería significa interactuar en el entorno para brindar cuidados inmediatos, oportunos y de calidad durante su enfermedad al paciente, familia y comunidad”

(E₇, E₈)

La enfermera en el entorno laboral hospitalario interactúa con otros profesionales y ha generado un discurso social de inmediatez del cuidado por cuanto se desenvuelve en entornos donde el paciente y familia está afrontando la enfermedad, mucho dependerá del grado de relacionamiento con el paciente y familia, la habilidad, el entorno saludable, y los recursos necesarios para el cuidado, para que este sea de calidad.

Según Leddy (1989) la calidad del cuidado surgió con Florence Nightingale, quién postulo que las leyes de la enfermedad pueden ser modificadas si se comparan los tratamientos con los resultados y se implementan las herramientas para mediar un sistema de cuidado y la efectividad de la

asistencia en los hospitales, esto evidencia que enfermería desde su génesis siempre se preocupó por brindar los cuidados oportunos seguros humanos y libres de riesgo concordantes con los criterios de calidad.

“Ser profesional de enfermería es brindar cuidado científico al paciente en todas las etapas de la vida desde el nacimiento hasta después de la muerte, es ayudar al otro a crecer y buscar su bienestar”

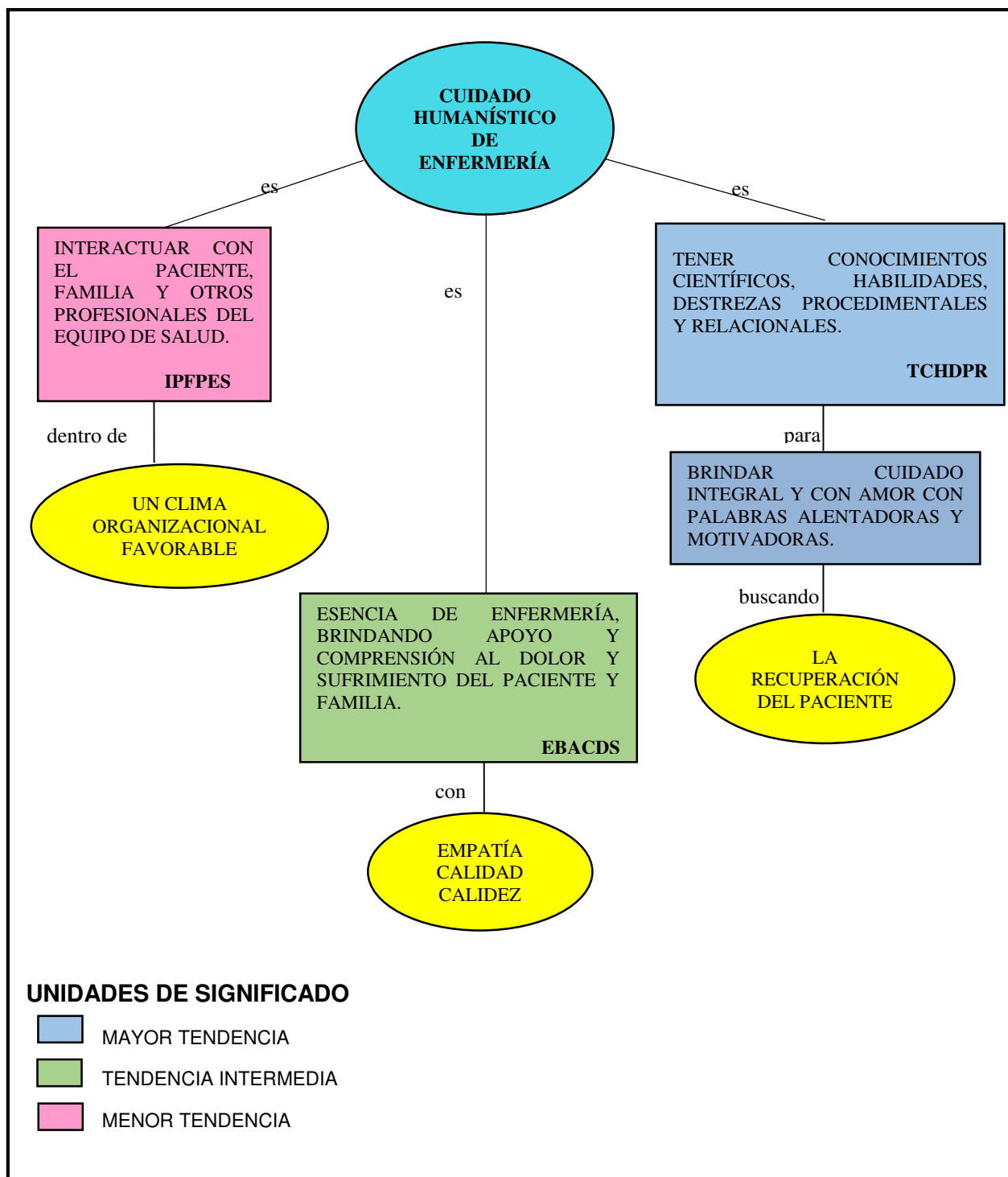
(E₁₇)

Paterson y Zderad (1990) sostienen que las enfermeras viven al lado de otros seres humanos eventos culminantes de la vida como son: creación, nacimiento, triunfo, inexistencia, pérdida, separación, muerte, sucesos producidos en las etapas de vida, sus relaciones empáticas de “YO-VOS” con las personas durante las experiencias reales vividas y sus propias historias adquiridas a través de la experiencia o el estudio hacen única la “mediación” en la situación de enfermería. Es a través de la sensibilidad del ser, la conciencia auténtica y la reflexión sobre dichas experiencias, que la enfermera humana llega a conocer; la descripción de esas respuestas humanas contribuirán a la ciencia de enfermería (p. 24).

Por tanto, los eventos de vida en las cuales la enfermera contribuye con la humanidad serían las que le dan el significado de autenticidad del cuidado que sólo la enfermera lo puede describir por los cuidados continuos que brinda durante las veinticuatro horas del día, de este modo la contribución de la profesión de enfermería a la comunidad científica se acrecentaría aún más y el conocimiento del ser y devenir del hombre permitirá un mejor abordaje para el cuidado profesional y el bienestar humano.

ESQUEMA FIGURATIVO 2

IDENTIFICANDO EL SIGNIFICADO DEL CUIDADO HUMANÍSTICO SEGÚN LA
ENFERMERA (O) EN LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS (R.S.)



CATEGORÍA 2: IDENTIFICANDO EL SIGNIFICADO DE CUIDADO HUMANÍSTICO SEGÚN LA ENFERMERA (O)

Según Banch (1990) los conocimientos socialmente elaborados y compartidos bajos sus múltiples aspectos intentan dominar esencialmente nuestro entorno. Comprender y explicar los hechos e ideas que surgen en él, los descubrimientos de la ciencia y el devenir histórico es fundamental para la conducta de nuestra vida.

En esta categoría se analiza los discursos de las enfermeras a través de la interrogante ¿Qué significa para Ud. el cuidado humanístico de enfermería?

Se evidencian las siguientes unidades de significado y subcategorías emergentes.

SUBCATEGORÍA: Tener conocimientos científicos habilidades y destrezas procedimentales y relacionales para brindar cuidado integral y con amor

“...Cuidado humanístico es tener amplios conocimientos científicos, habilidades y destrezas procedimentales y relacionales, para brindar cuidado integral y con amor a un ser humano considerando sus múltiples necesidades tanto biológicas psicológicas sociales y espirituales durante las veinticuatro horas del día, la enfermera ve como el paciente va mejorando día tras día con sus cuidados ah...y le ayudamos a conservar su estado emocional...con palabras alentadoras, motivadoras...buscando la pronta recuperación del paciente y pueda retornar a su familia”

(E₁, E₃, E₄, E₆, E₇, E₁₂, E₁₃, E₁₇)

La enfermería como disciplina ha desarrollado nuevos conocimientos. Thomas Kuhn, el filósofo de gran influencia para nuestras teoristas, afirmaba que “los modelos o paradigmas de una disciplina científica preparan a los estudiantes básicamente para la práctica como miembros de aquella comunidad profesional. El paradigma (modelo o marco) desempeña

un papel clave en la práctica, sin ello toda información en la práctica profesional es irrelevante, cabe resaltar que nos encontramos en el paradigma de la transformación de enfermería por cuanto las enfermeras reconocen la cuantiosa herencia de los trabajos de las teoristas, sus filosofías, sus modelos conceptuales y teorías de enfermería representan el status de la enfermería como disciplina, de allí la consideración de los amplios conocimientos que se debe poseer.

Do Prado (2008) resalta lo descrito por Peter Drucker inventor del management moderno refiriendo que ninguna disciplina ha producido tantos y tan relevantes conocimientos en los últimos años como la enfermería (p.25). Esto es una evidencia del aporte de enfermería a la comunidad científica debido a la experiencia profesional cotidiana, pocas veces descrita y reconocida.

Destacamos los modelos y teorías propuestas por Paterson y Zderad (Teoría de la práctica humanística) Rosemarie Rizzo Parse (La evolución humana), Betty Newman (Modelo de sistemas), Martha Rogers (Seres humanos unitarios) Dorohea Orem (Autocuidado), Jean Watson (Filosofía y ciencia del cuidado) Virginia Henderson (Catorce necesidades básicas), y Madeleine Leinenger (Cultura de los cuidados) como las más influyentes. Consideran conceptos de meta paradigmas, persona, salud, entorno y cuidado. En la actualidad, la enfermería tiene como referente estas teorías y modelos y como elemento metodológico el proceso de atención de enfermería para solucionar los problemas de salud, de tal manera que el cuidado sea eficiente y eficaz y que guíe el pensamiento crítico de la enfermera. Ambos elementos significan la epistemología de la enfermería según Luiris (2002). Por todas estas consideraciones los sujetos de estudio consideran que son fundamentales los conocimientos científicos, las habilidades y destrezas procedimentales y relacionales durante el cuidado profesional.

Aquí se resalta conocimientos que a través de la historia se fue construyendo en la profesión de enfermería, éstas son la integralidad y continuidad de los cuidados como características que se exigen en la profesión. Al respecto Bermejo (1998) considera que cada vez somos más conscientes de que la salud no se reduce a algo puramente biológico sino que afecta a toda la persona, por ello todas las intervenciones en salud han de tener una perspectiva holística global e integral. Si así no fuera, las profesiones humanas de salud se aproximarían a la práctica veterinaria sobre cuerpos humanos. En realidad podríamos decir que humanizar la salud es generar salud holística, global integral, en efecto uno de los indicadores de un cuidado humanizador es la consideración de la persona ayudada en sentido holístico.

La palabra holístico proviene del Griego; "holos/n": que significa todo, entero, total, completo y suele usarse como "integral". Mijangos (2014) afirma que el holismo es una lectura de la realidad y constituye una propuesta humanizadora que considera al individuo en su globalidad, es decir contempla a las personas realmente interrelacionadas con su entorno. Resalta lo manifestado por Watson (2011), "La enfermería ha perdido su alma por servir a la medicina, la tecnología y la práctica basada en evidencias, los que por cierto se necesitan, pero sin la dimensión humana esto puede ser destructivo. Es fundamental preservar la esencia humana y reposicionar el cuidado dentro de nuestros sistemas".

Acompañar holísticamente a la persona enferma y promover la salud relacional es salud en la dimensión social. Se dará cuando se pueda decir que una persona se relaciona bien consigo misma por que experimenta un cierto equilibrio en la relación con su cuerpo, porque promueve el autocuidado, la belleza, la autoestima. A su vez una persona vive sanamente las relaciones con los demás cuando éstas, están impregnadas de buen uso de la mirada, cuando es capaz de experimentar ternura, equilibrio y vive el contacto corporal de manera personal y positiva. Una persona indica salud

relacional cuando se reconoce interdependiente, no exclusivamente independiente ni dependiente, sino que reconoce las diferentes interdependencias en los diferentes ámbitos de la vida. Pero hablamos de salud emocional y nos referimos a ella en el marco del acompañamiento holístico porque la dimensión emotiva es una más de las que se considera. Queremos generar salud emocional como manejo responsable de los sentimientos, reconociéndolos, dándoles nombre, aceptándolos, integrándolos y aprovechando su energía al servicio de los valores. La persona sana controla sus sentimientos de manera asertiva y afirmativa, la persona enferma requiere de acompañamiento con empatía y compasión.

Los discursos reafirman lo descrito por Valenzuela (2015). Para llevar a cabo el proceso de humanización es necesario un cambio de paradigma del cuidado hacia un modelo holístico centrado en el paciente y su familia, basados en principios y valores humanos de todos los involucrados en el proceso del cuidado, utilizando como instrumento las habilidades relacionales, destacando la relación de ayuda y comunicación. Asimismo Landam (2014) describe el cuidado humanizado identificándolo como un cuidado integral que debe incluir a la familia del paciente y debe regirse por los principios bioéticos, también es fundamental considerar las limitaciones y facilidades dentro del ámbito laboral.

Además Huercanos (2010) habla de los principales cuidados invisibles que desarrollan los profesionales de enfermería, estas se dirigen al uso de estrategias comunicativas, verbales y no verbales, para el cuidado emocional de pacientes y familiares.

Acompañar en sentido holístico al enfermo significa también intentar generar salud espiritual, es decir conciencia de ser trascendente, conocimiento de los propios valores como el amor, como valor universal trascendente en la humanidad y respeto de la diversidad.

Waldow (1998) refiere que la persona que cuida debe demostrar amor, cariño, este comportamiento amoroso es percibido por el paciente, en relación al cariño más que requisito profesional son atributos morales, descaracterizando el cuidado como una tarea a ser desempeñada técnicamente. Promover la salud relacional y emocional es fundamental en enfermería.

SUBCATEGORÍA: Esencia de enfermería brindando apoyo y comprensión en el dolor y sufrimiento del paciente y familia con empatía, calidad y calidez

“... Cuidado humanístico es esencia de enfermería, el paciente llega al hospital buscando apoyo y comprensión a su problema de salud, a su dolor, su sufrimiento; se debe aplicar principios científicos y valores humanísticos, porque necesita de apoyo, rápidamente se debe pensar qué hacer; muchas cosas no están en los libros, sino en la práctica con el paciente; es ser empático con el paciente y su familia, es tratarlo con amabilidad y cortesía considerando la calidad y calidez”

(E 2, E5, E8, E9, E10, E11, E15)

Al respecto Paterson & Zderad (1990) nos revelan que por cuanto enfermería se desarrolla en el contexto humano debe considerarse la enfermería humanística, esta aspira al desarrollo del potencial humano, refleja el potencial humano y las limitaciones de los participantes, si no le damos un enfoque particular o singular científico, se puede considerar a la enfermería como una cosa en sí, es decir el acto de cuidar en su aspecto más simple y general, que puede asumirlo cualquier persona que tiene interés por el cuidado.

La enfermería humanística implica respuesta humana, se preocupa por el existir más pleno ayudándole a ver lo más humanamente posible al paciente en un momento particular de su vida, como transacción intersubjetiva descrita por la fenomenología, contiene la posibilidad de que ambos

participantes, enfermera-paciente, se influyan y enriquezcan recíprocamente en su relación existencial, esto generara crecimiento personal al paciente y crecimiento profesional a la enfermera refiere Waldow (1998).

Por tanto, el fundamento de la enfermería humanista es la esencia y entiende científicamente al hombre y su lucha por la sobrevivencia, identificando la intensidad del dolor y sufrimiento, como indicador de respuesta del organismo ante la enfermedad debido a un daño tisular efectivo, este síntoma como experiencia individual evoca sensación y emoción desagradable que induce al individuo a solicitar ayuda, acudiendo a centros hospitalarios.

Ante estas situaciones la enfermera debe actuar con *empatía*, al respecto el diccionario filosófico lo describe como “endopatía” que es una vivencia por la cual quien la experimenta se introduce en una situación ajena objetiva o subjetiva, real o imaginaria, de tal suerte que aparece dentro de ella. Su finalidad es lograr la comprensión del otro por el Yo, con la posibilidad de ver con anticipación los indicios de lo que ha de ocurrir y las potencialidades latentes, por tanto la enfermera empática advierte cualquier situación de complicación durante la enfermedad en el paciente. Desde el punto de vista psicológico, Rogers citado por Hassan (1969) describe que la empatía indica la “capacidad de sumergirse en el mundo subjetivo del otro y de participar en su experiencia en la medida en que la comunicación verbal y no verbal lo permite” en otras palabras “es la capacidad de ponerse en el lugar del otro” de “ver el mundo como el otro lo ve” sin distanciarse demasiado de sí mismo. Considera Rogers que el éxito en una relación terapéutica, consiste en reflejar la significación personal de las palabras del cliente en lugar de responder al contenido intelectual, es decir que las palabras del cliente son reveladoras de las molestias del organismo de su modo en que vive o afronta la enfermedad.

Se demuestra la empatía sabiendo escuchar, utilizando palabras de consuelo expresados con delicadeza y cortesía, cuando ayudamos a resolver problemas y somos capaces de calmar a los demás.

Los discursos concuerdan con lo descrito por Guirao (2014) quien considera que la noción de cuidado ocupa un lugar central y fundamental en el discurso de enfermería y nos trae a reflexión un mito-fabula de Higinio del que Boff hace eco; en relación al cuidado (Ver Anexo 8)

Lo que se interpreta que nuestros actos de cuidado influirán en el bienestar del hombre y le permitirán afrontar dignamente el proceso de vida- muerte, comprometiendo a velar por el desarrollo de la humanidad, mediante el cuidado.

Por cuanto cuidado es la esencia de enfermería, debe estar sustentado científicamente considerando la experiencia existencial, la relación transaccional y la conciencia intelectual de las respuestas humanas, prestando atención a los valores humanos, valores sociales, el tiempo y el espacio donde se desarrolla el cuidado.

SUBCATEGORÍA: Interacción con el paciente familia y equipo de salud en un clima organizacional favorable

“.... Viene del significado de humanidad es dialogar e interactuar con el paciente, familia y otros profesionales del equipo de salud, en un clima organizacional favorable, primero debemos considerar el cuidado entre profesionales para luego brindarle al paciente, porque cuando te sientes bien emocionalmente puedes dar buen cuidado y el paciente sentirá satisfacción”

(E₁₄, E₁₆, E₁₈, E₁₉, E₂₀, E₂₁)

Watson (1990) considera que la teoría de la práctica humanística aborda la filosofía existencial descrita por el filósofo Alemán Martin Heidegger; quien sostiene que en el cuidado hay dos seres humanos interactuando y con posibilidades de transformación de su ser, durante el encuentro entre enfermera-paciente ambos se enriquecen de sus experiencias, situación

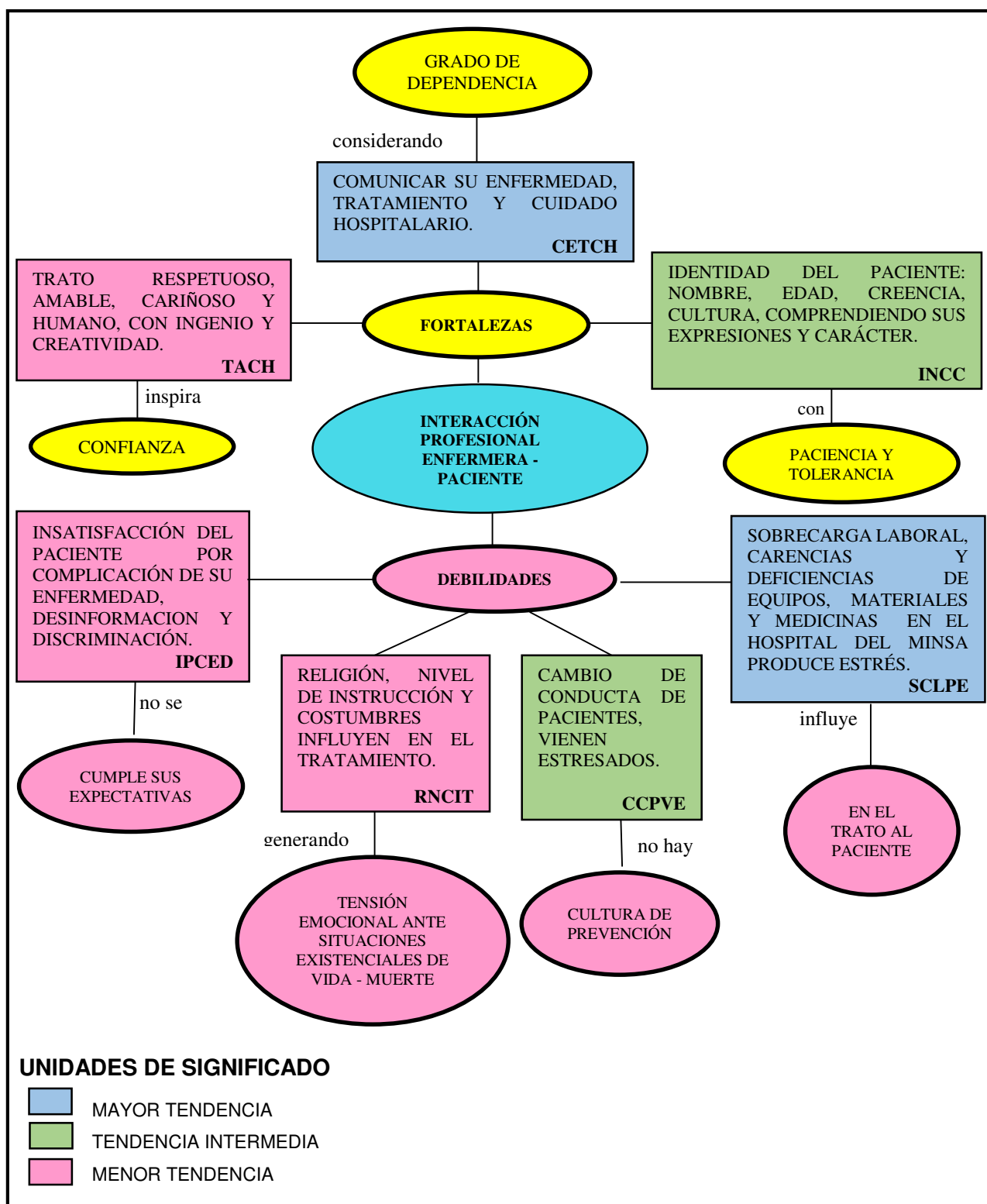
análoga descrita en la fenomenología de Edmund Husserl para quien las transacciones son intersubjetivas durante la experiencia del cuidado, es decir en qué medida yo enfermera asumo mi compromiso de estar en la situación de cuidado y en qué medida el paciente participa del cuidado. Esto nos conecta como humanos, así lo describe Martín Buber en su filosofía humanista; en una relación YO-TU, que permite nuestro conocimiento para una mejor relación humana. Las enfermeras tienen la responsabilidad de un conocimiento más profundo de la existencia humana de su bienestar y felicidad. Según Paterson (1990), si no se consideran estos abordajes se cae al plano de la deshumanización. Los relatos son una evidencia clara de que la interacción permitirá conocer más y mejor al paciente para abordar el cuidado profesional.

Waldow (1998) destaca que existen factores o variables de influencia general en el cuidado entre ellos, el medio ambiente físico, social y administrativo, la valorización del cuidado humano por la organización incluyendo todos los departamentos, miembros de los diversos equipos, funcionarios en general y tecnología disponible; así como determinadas situaciones estresantes para el equipo de salud debido a sus características como por ejemplo en áreas críticas, en ese sentido es benéfica la autorreflexión, la consciencia del papel y significado del cuidar y cuidador (a).

Es fundamental el apoyo del sistema de la organización, en una integración con el equipo de salud y administración, estos pueden ser conseguidos con el ejercicio del cuidado humanístico dentro del ambiente organizacional, aquí tienen las enfermeras un rol trascendental para el fortalecimiento del cuidado humano en el ambiente hospitalario, con abordaje respetuoso, cariñoso interesada por la seguridad, confianza, tranquilidad y aceptación del cuidado, que propiciará un clima organizacional favorable a la situación de cuidado y pueda favorecer a los implicados en el cuidado paciente, familia y profesional.

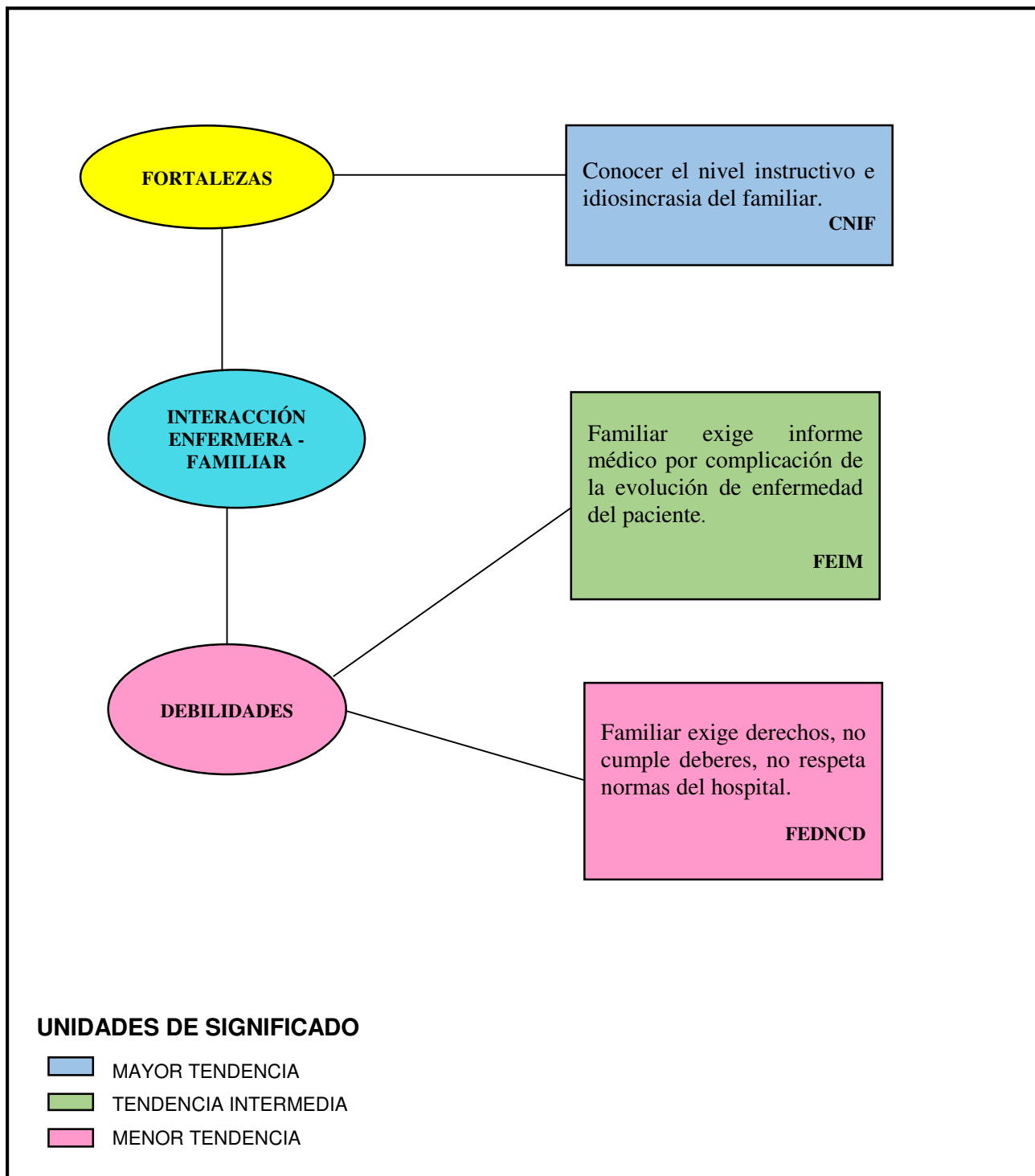
ESQUEMA FIGURATIVO 3a

IDENTIFICANDO LA INTERACCIÓN PROFESIONAL ENTRE ENFERMERA – PACIENTE Y FAMILIAR EN LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS (R.S.)



ESQUEMA FIGURATIVO 3b

IDENTIFICANDO LA INTERACCIÓN PROFESIONAL ENFERMERA – FAMILIAR EN LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS (R.S.)



CATEGORÍA 3: IDENTIFICANDO LA INTERACCION PROFESIONAL ENFERMERA-PACIENTE Y FAMILIAR EN LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS

Abric (1994), citada por Araya, afirma que las (RS) permiten entender la dinámica de las interacciones sociales y aclarar las determinantes de las prácticas sociales porque estas se generan mutuamente (p.12).

Watson, Paterson y Waldow, sostienen que la ciencia de enfermería está centrada en las relaciones de cuidado transpersonales, evidenciado por la interacción entre enfermera-paciente, en el que se destaca la transacción intersubjetiva con todas sus capacidades humanas.

Para comprender las relaciones transpersonales del enfoque humanístico se formuló la siguiente interrogante ¿Cómo considera Ud. la interacción con el paciente en el ambiente hospitalario?

El hospital es considerado como un establecimiento sanitario que atiende a los enfermos para proporcionar el diagnóstico y tratamiento que requieren. En el Perú existen hospitales clasificados según niveles de atención y niveles de complejidad. El contexto en estudio corresponde al nivel II – 1, estatal, servicios de hospitalización medicina cirugía y pediatría (MINSA, 2004, Resolución N° 769) Categorías de establecimientos de salud.

Encontramos las siguientes unidades de significado y subcategorías emergentes:

SUBCATEGORÍA: Reconociendo fortalezas en la interacción enfermera-paciente

“...Es fácil la relación con el paciente cuando le comunicamos sobre su enfermedad y tratamiento que va a recibir y qué cuidados se le va a dar durante su estadía en el hospital, es una fortaleza, debemos propiciar que el paciente colabore con su tratamiento, a pacientes con fluido terapia se le debe dar especial atención, tener mayor cuidado y paciencia

con los pacientes adultos mayores y niños, porque a veces no quieren colaborar, para el cuidado consideramos los grados de dependencia, es importante que la familia colabore, también es importante tener amplios conocimientos de la fisiopatología y concentrarse en lo que haces y dices, no dar falsas esperanzas al paciente y familiares, porque te puede ocasionar dificultades y conflictos”

(E₁, E₈, E₁₀, E₁₁, E₁₅, E₁₆, E₁₈, E₁₉)

La comunicación es un componente fundamental en las interacciones personales, tiene una puerta de entrada que es la acogida.

Widenbach citada por Marriner (2008) considera que las habilidades de comunicación son fundamentales para lograr resultados deseados, estas incluyen capacidades de expresión, sentimientos, que la enfermera desea transmitir a su paciente y a otras personas relacionada con su cuidado, es importante las expresiones verbales y no verbales aisladas o conjuntamente para comunicar un mensaje y provocar una respuesta que es fundamental, por tanto los contenidos conativos (función lingüística imperativa) intentan dirigir la conducta del paciente y orientan sus prácticas de autocuidado.

Paterson (1990) considera que en el cuidado debe existir la experiencia existencial, considerar que hay dos seres humanos interactuando enfermera-paciente, en una relación transaccional cada enfermera y cada paciente lleva consigo un conjunto de experiencias propias que se suman a la actual y pueden transformarse dependiendo de las transacciones y una conciencia intelectual que considera las respuestas humanas que los sujetos del cuidado evidencian para darle un significado a la situación actual del paciente, considerando el tiempo y el espacio en que se desenvuelven los cuidados profesionales de enfermería.

Watson citada por Marriner (2008) afirma que en el cuidado se debe aplicar el método científico, es decir el proceso de atención de enfermería que evidencie el trabajo científico del profesional. Morse

citada por Waldow (1998) afirma que en la intervención terapéutica de la enfermera debe existir una interacción profesional dinámica que permita la recuperación o restablecimiento del paciente. Reafirma que en el cuidado hay una relación del yo, el otro y el cosmos considerando su historia, la ética, valores (amor, respeto) y conocimiento en una acción dinámica y constante.

Acosta (2002), representante del Grupo Cuidado, al referirse a la administración de medicamentos en enfermería, considera que la enfermera requiere de conocimientos, habilidades y destrezas que son únicos de la o el enfermero profesional, la administración de medicamentos por vía venosa y otras será fundamentado por la farmacocinética, crecimiento y desarrollo, anatomía, fisiología, nutrición y matemáticas, considera además que es importante el pensamiento crítico en la administración de medicamentos, este le permite tomar decisiones basadas en la razón (p.191). También es preciso mencionar que este tipo de técnica de enfermería (inyección intravenosa) constituye un procedimiento invasivo, que requiere de habilidades psicomotoras, actitud proactiva del paciente y familiar, el estado físico y mental del paciente y el entorno para asumir con responsabilidad el cuidado.

Por otro lado Muñoz et al. (s.f.) refieren que la terapia intravenosa es una medida terapéutica más importante y frecuente utilizada en medicina, su objetivo primordial es corregir el equilibrio hidroelectrolítico alterado, muy habitual en pacientes críticos, para su aplicación requiere de conocimientos precisos sobre la distribución de líquidos corporales y la fisiopatología del desequilibrio hidroelectrolítico y ácido básico, importante para la supervivencia.

Además se deben considerar las necesidades y pérdidas diarias de agua, monitorización precisa en fluido terapia (frecuencia horaria cada dos o cuatro horas), los signos clínicos (diuresis, frecuencia cardiaca, presión arterial, frecuencia respiratoria, temperatura, nivel de conciencia, signos de hipovolemia: ingurgitación yugular, crepitantes basales, aparición del tercer ruido cardiaco, edemas, etcétera, signos de

hipovolemia: sequedad de piel y mucosas, pliegue cutáneo positivo, ausencia o debilidad de pulsos distales). También debe tenerse en cuenta los datos de laboratorio, monitorización invasiva considerando los parámetros hemodinámicos: presión venosa central PVC, presión capilar pulmonar de enclavamiento PCP, saturación de hemoglobina de sangre venosa mixta $SO_{2\text{ vm}}$ gasto cardiaco, aporte de oxígeno O_2 .

Otro aspecto fundamental a considerar son las complicaciones derivadas de la técnica como flebitis irritativa, séptica, extravasación, embolismo gaseoso, punción arterial accidental, hematomas, neumotórax, hemotórax, etcétera; y complicaciones derivadas del volumen perfundido como insuficiencia cardiaca, edema agudo de pulmón, edema cerebral. Para aplicar fluido terapia es fundamental conocer las normas generales y los tipos de soluciones y clasificación de estos. (p. 1-30)

Por todas estas consideraciones el profesional de enfermería asume que es de especial cuidado el manejo de fluido terapia, porque tiene que ver con el cuerpo del paciente y sus reacciones fisiológicas: Se observa que las enfermeras frecuentemente administran fluidos precalentados para evitar alteraciones fisiopatológicas, por líquidos extremadamente fríos, debido a las bajas temperaturas como 0°C , hasta menos 4°C en la que se encuentra el ambiente hospitalario, considerando de este modo la conciencia intelectual del cuidado humanístico.

Widenbach citada por Marriner (2008), sostiene que el conocimiento, el juicio y las habilidades son tres aspectos necesarios para el ejercicio profesional eficaz en la clínica y que la identificación, el servicio, y la validación son tres componentes de la práctica profesional directamente relacionados con la atención del paciente, con la que se relaciona de forma indirecta la coordinación de los recursos. El conocimiento debe estar suplementado con la oportunidad de que la enfermera participe en una “relación enfermera-paciente” con responsabilidad para emitir juicios y poner en práctica sus habilidades en beneficio del paciente.

Paterson (1990) considera al ser y hacer como experiencia transaccional intersubjetiva, en ella la enfermería entraña necesariamente el acto de ser y el acto de hacer algo. El ser y hacer están relacionados íntimamente, sin embargo las descripciones de la enfermería se centran con frecuencia de modo principal en el hacer del proceso en las técnicas o procedimientos de enfermería. Todo lo que la enfermera hace está matizado con el carácter de su ser y estar en la situación, en una interacción profesional constructiva.

Estas consideraciones reafirman la trascendencia del ser de la enfermería, por tanto cada enfermera estará en constante reflexión: ¿en qué medida mi ser enfermera constituye un aporte a la recuperación del paciente?, esto permitirá la contribución a los objetivos del equipo de salud, que es el de reinsertar al paciente al seno familiar para que pueda continuar con su vida en condiciones favorables.

Para un cuidado de calidad se clasifican a los pacientes según grados de dependencia. El MINSA (2006) en sus guías de intervención de enfermería considera el grado de satisfacción de necesidades del paciente y la categoriza en: Grado de dependencia I (totalmente independiente), Grado de dependencia II (requiere de apoyo y ayuda parcial para la satisfacción de necesidades), Grado de dependencia III (requiere de apoyo casi total para la satisfacción de necesidades), Grado de dependencia IV (requiere de apoyo total, se da especialmente en pacientes pediátricos). Esto permite a la enfermera (o) planificar sus cuidados e interactuar con el paciente y familia para el logro de los resultados esperados.

“Es importante considerar el primer contacto con el paciente, la identidad del paciente, edad, creencia, cultura, comprendiendo sus expresiones, hacerle saber que las enfermeras estamos para ayudarlo, cuando uno es asequible con el paciente y familiar evitamos situación de conflicto, es importante comprenderlos para dar un mejor cuidado”.

(E₂, E₃, E₆, E₁₂, E₂₀, E₂₁)

Cuando la persona con quien hablamos siente que es llamada por su identidad le genera cierto grado de admiración por quien se dirige a ella y hace que estemos frente a una persona y no frente a un caso, el lenguaje corporal expresado por los gestos son una evidencia del ser y estar del paciente en la situación de la enfermedad.

Widenbach & Leininger citada por Marriner (2008). La primera sostiene que todas las personas tienen necesidad de manera natural en sus vidas, la necesidad de ayuda es “cualquier medida o acción que la persona requiera o desee y que puede restablecer o ampliar sus capacidades de cubrir las demandas implícitas en su situación”. Es un punto fundamental en la enfermería. Remarca que la necesidad de ayuda se basa en la percepción de la persona de su propia situación; si la persona no se da cuenta de que precisa ayuda, puede ser porque no se esfuerza en aliviar o resolver su incapacidad.

La segunda considera que la prestación de cuidados está dirigida a ayudar, apoyar, capacitar a otras personas o grupos que presentan la necesidad evidente de mejora del estado de salud, del modo vida o del momento de afrontar la muerte, y que es importante considerar su cultura porque ésta guía los pensamientos, decisiones y acciones de las personas de un modo sistematizado. Por tanto, los cuidados culturales identifican valores creencias y modos de vida sistematizados que se aprenden y transmiten subjetiva y objetivamente, para ayudar, apoyar, facilitar y capacitar a otras personas y grupos a que conserven su bienestar o su salud, mejoren su condición humana y modo de vida para que sepan afrontar una enfermedad, impedimentos físicos o mentales o la misma muerte. La enfermera debe considerar la edad y características peculiares de cada etapa de vida para entender y comprender al paciente durante el cuidado desarrollando cualidades altruistas, es decir una conducta que beneficia a otros, que es voluntaria y cuyo autor no anticipa beneficios externos. (RAE, 2014).

Leininger defiende el cuidado cultural y profesional y sostiene que la enfermera debe prestar atención a la cultura del paciente para un

cuidado ideal, en ese sentido habla de la enfermería transcultural, este enfoque propicia el cuidado cultural holístico y comparativo para identificar las diferencias y similitudes en valores, prácticas y creencias relacionadas con los patrones de salud y enfermedad de individuos y grupos con el fin de proveer un cuidado congruente, sensible y competente a las personas de diferentes culturas. Comprender su cultura es conocer el modo en que afronta el paciente su enfermedad y en qué medida nos sumamos a ello para propiciar su autocuidado.

“... La comprensión del carácter facilita la interacción, también es importante la paciencia y tolerancia, a veces el paciente llega al hospital en estado de salud muy complicado, debemos comprender que no hay cultura de la prevención de la enfermedad, el paciente espera estar grave para acudir al hospital”

(E₇, E₉ E₁₄)

Otro aspecto fundamental es de reconocer al otro ser humano con sus características peculiares, ser reconocido como existente y que no debe ser reconocido por una patología, un número de cama, sino como un ser con identidad y vida propia. Según Paterson (1990) el hombre posee la capacidad inherente para responder a otro hombre como otro hombre. Sólo cada enfermera singular enfrentada al caos de sus alternativas decide entre relacionarse con otros y cómo hacerlo en su mundo de la enfermería. Elegir relacionarse o responder y cómo hacerlo es algo que el hombre no puede imponer desde fuera a otro hombre, solo la presencia genuina de cada enfermera (o) supone un auto mandato responsable que sólo se da en el espíritu del propio ser disciplinado.

“... Cuando tratamos con respeto al paciente y familiar se sienten seguros de la atención que se le va a brindar, también es importante el ingenio y la creatividad para afrontar el cuidado en nuestro hospital”

(E₄, E₅)

Según Waldow (1998) el cuidar envuelve comportamientos y acciones que implican valores, habilidades y actitudes emprendidas en el sentido de que favorece las potencialidades de las personas para mantenerse o mejorar su condición humana. Por tanto, el respeto como valor fundamental debe estar presente en el contacto humano. La RAE (2014) señala que esta palabra proviene del latín “respectus” que significa atención y consideración. El respeto humano es el miramiento excesivo hacia la opinión de los hombres antepuesto ante los dictados de la moral estricta. Estas consideraciones son evidenciadas en los gestos de los pacientes y familiares.

“Cuando le brindas trato amable cariñoso y humano, le inspiras confianza, te permite identificar sus necesidades para poder cuidarlo”

(E₁₃, E₁₇)

Al respecto Waldow (1998) sostiene que la expresión de amor, interés o cariño ocurre entre los humanos predominantemente considerando su capacidad de usar el lenguaje u otras formas para comunicarse con otros, como son los gestos y las miradas; a través de estas formas la enfermera logra identificar las necesidades básicas que le permiten iniciar su trabajo científico a través del proceso de cuidado de enfermería que se hará evidente en sus registros de enfermería, que tienen una connotación moral y legal de respuesta ante la sociedad.

SUBCATEGORÍA: Reconociendo debilidades en la relación transpersonal enfermera-paciente

“.... En el hospital del MINSA hay realidad de difícil afrontamiento, la sobrecarga laboral, las carencias y deficiencias de equipos, materiales y medicinas a veces no nos permite dar cuidado humanístico y de calidad, muchas veces por el exceso de pacientes que cuidamos y la falta de tiempo a veces no hay buen trato a los pacientes, esto sucede mayormente por la carga laboral, nos estresamos y nos dedicamos sólo al tratamiento, los pacientes reclaman, porque no se cumple sus expectativas, no entienden nuestro trabajo, están cuestionando, no

podemos estar constantemente con el paciente, se puede decir que es nuestra debilidad, es más difícil cuando el paciente llega al hospital con infarto de miocardio, traumatismo encefalocraneano, traumatismo cerrado, están en estado inconsciente y los familiares desesperados por la recuperación de su paciente exigen atención oportuna, sólo con la experiencia que se tiene se puede afrontar estas situaciones, a veces hay frustración cuando no se cumple como debe ser, esto influye en el trato, las autoridades se deben preocupar por la asistencia especializada....ah...es preocupante que los pacientes más necesitados no están registrados en el SIS, no se cumple lo que el gobierno plantea”

(E₁, E₆, E₁₄, E₁₇, E₁₈)

Según la Encuesta nacional realizada por el diario El Comercio (2014), los hospitales del Ministerio de Salud (MINSA) y del Seguro Social (ESSALUD) son mal vistos por la población, entre otras razones, por prolongados tiempos de espera para conseguir una cita, el frecuente maltrato a los pacientes, la falta de equipamiento y medicamentos: En una escala del 0 al 20, el sistema de salud pública desaprobó con 10,1, cuatro puntos por debajo del privado.

Estas consideraciones refuerzan lo descrito por el grupo en estudio. Por su interés en contribuir con el paciente y cumplir con las exigencias que la profesión demanda muchas veces el profesional de enfermería asume con responsabilidad esas deficiencias y trata de contribuir con el paciente, generando soluciones creativas, haciendo aportes económicos voluntarios, préstamos de medicamentos, búsqueda de donaciones, etcétera, para su recuperación oportuna y de este modo evitar costos innecesarios de estancia hospitalaria. Este aporte que realizan los profesionales de enfermería a la sociedad son pocas veces descritas y valoradas. Es evidente que aparte de las situaciones estresantes que vive el profesional de enfermería al afrontar el cuidado a los pacientes de diversas patologías y grados de dependencia, se suman las carencias y deficiencias de equipos, materiales y medicinas, generándoles estrés sobredimensionado que influye en su desempeño profesional y familiar.

Según Bruing & Taylor (2005), la organización mundial de la salud (OMS) y la Organización Internacional del Trabajo (OIT) consideran que el estrés es un trastorno de salud mental y ocupacional, es la calamidad más grande de las últimas décadas con consecuencias que afectan tanto a la salud de las personas y a las sociedades en que éstas viven.

Según Calnan (2000) La fundación europea para el desarrollo reporta acerca de las condiciones de trabajo afirmando que, entre los profesionales, el 44% de las enfermeras reconocen vivir estresadas. El estrés en el profesional de enfermería está relacionado con la labor que realiza, debido a que invierte gran cantidad de su tiempo en actividades propias de su trabajo; aumento de mayor demanda de pacientes, horarios nocturnos de labor, teniendo que pasar largo tiempo sin poder descansar, la adaptación a un medio ambiente que no es su hogar, vivir con otras personas y el hecho de realizar largos recorridos desde su hogar a su trabajo y viceversa.

Casullo (2002) considera que dentro del ámbito hospitalario es posible encontrar un gran número de situaciones que resultan estresantes para la enfermera (o) y de no afrontar de manera adecuada puede llegar a alterar su estado de salud. La adaptación hospitalaria, el rendimiento laboral, el ausentismo y enfermedades laborales tienen efectos en la calidad de vida de la enfermera, que son reflejados en los servicios de enfermería. El trabajo en hospitales ha sido considerado intrínsecamente estresante porque implica estar continuamente en contacto con el dolor y la muerte.

Chiang y col. (2007) en su estudio en un hospital del Perú refieren que el 76% de enfermeros presentan estrés laboral de moderado a leve y las más afectadas son mujeres adultas con roles de formación de pareja y crianza de hijos menores, de condición laboral contratada y que además tienen como factor predominante la sobrecarga de trabajo.

Las exigencias en la actualidad, la competitividad laboral, la sobrecarga laboral y las tensiones sociales a las que se somete la enfermera (o)

desequilibran su estado emocional provocando ansiedad y se convierte en las causas de enfermedades psicosomáticas alterando la dinámica de su interacción social. Cuando las estrategias de afrontamiento puestas en marcha no son las adecuadas se presentan alteraciones psicológicas y fisiológicas. Por tanto las estrategias constituyen los esfuerzos tanto conductuales como cognitivos, que se deben realizar para dominar, reducir o tolerar las exigencias creadas por las transacciones estresantes.

En relación al Seguro Integral de Salud (SIS) consideran que este servicio debe ser más difundido en la población pobre y de extrema pobreza para su aseguramiento, pues se observa que personas que realmente lo necesitan no reciben dicho beneficio; aquí tienen una gran misión los profesionales de la asistencia social.

Por otro lado, la carencia de atención especializada producto de la realidad socioeconómica y política que viven las instituciones hospitalarias en el interior del país limita un cuidado de calidad, que implica en la insatisfacción del individuo familia y comunidad.

“....Es difícil porque ahora la conducta de los pacientes han cambiado, por la misma situación social económica o política que estamos viviendo vienen estresados, los familiares traen a los pacientes muy graves y cuando fallecen piensan que es negligencia médica todo lo ven demandas o denuncias, no hay cultura de prevención de enfermedades, es difícil para la enfermera interactuar con el paciente, cuando les conversas piensan que le estas agrediendo verbalmente, es importante considerar el tono de voz, es difícil trabajar con pacientes psiquiátricos y familiares conflictivos, se hace difícil la interacción”

(E9, E19, E20)

Considerando que el siglo XXI ha propiciado grandes cambios y ha generado rápidas innovaciones en el campo de la salud, la educación durante toda la vida se presenta como una de las claves de acceso, ya que permite afrontar la vida personal y la vida profesional, y nos exige

comprender mejor al otro, comprender mejor el mundo para el desempeño de la función social en el trabajo y la ciudad (Delors, 1996, p.15) Esto indica que nos enfrentamos a pacientes y familiares más informados con mayores exigencias acordes al avance científico y tecnológico. El profesional de enfermería debería responder a la altura de la realidad existente, para ello deberá estar en constante actualización en las ciencias de la salud, enfermería y realidad nacional y mundial.

Berlinguer (2009), con respecto a la ética de la prevención, sostiene que los importantes cambios en el clima moral y político en la conciencia de los ciudadanos, en las prioridades de los gobiernos, podrían determinar una gran capacidad de reacción de la población hacia el problema de promoción de la salud. Los gobiernos prefieren por lo general invertir más en la construcción de un nuevo hospital a invertir en favor de la prevención, prevenir cuesta menos que curar. Se debe favorecer el pleno cumplimiento del ciclo vital de cada individuo garantizándole un mayor “empowerment” potenciamiento de la facultad junto con el poder y permitirle ser el mismo un agente moral y cumplir con los deberes que le viene asignados.

“.... Es difícil la interacción cuando el paciente impone su religión, sus costumbres, los pacientes no entienden que se debe cumplir normas en el hospital y el tratamiento prescrito, hay pacientes muy agresivos, no comprenden la importancia de los procedimientos, hasta han intentado agredirnos, a veces el paciente no tiene deseos de curarse, no quiere colaborar, se comportan negativamente, la enfermera tiene que lidiar con este tipo de pacientes hay tensión emocional ante situaciones existenciales de vida-muerte, hay que tener firmeza para cuidar a los pacientes de ahora Cuando el paciente está luchando entre la vida y la muerte ya sea por un accidente, una enfermedad crónica terminal cáncer, etc.... muchas veces me tensiono... y digo... ¿saldrá del problema?... ¿vivirá?...en ese momento trato de dar lo mejor de mí, duele mucho cuando una vida se nos va”

(E₁₃, E₁₅,)

“.... Es difícil la interacción por la idiosincrasia del paciente. Pasco es una región cosmopolita, multicultural, la mayoría de pacientes vienen de zona rural quechua hablantes, su nivel de instrucción es generalmente primaria completa, estas realidades tal vez sea una de las razones difíciles de afrontar en relación con el trato, mucho depende del lenguaje que utilicemos, debe ser sencillo y claro, para que nos puedan comprender, no hablarles con términos técnicos, también sus costumbres influye en el tratamiento”

(E₂, E₃)

La enfermería está centrada en las relaciones de cuidado transpersonales durante su experiencia salud-enfermedad, mediante la interacción personal, profesional, científica, estética y ética.

Watson citada por Marriner (2008) considera que la condición de fragilidad y necesidad en la que se encuentra un enfermo exige de modo especial la relación interpersonal. Esta es una competencia específica de la relación de ayuda en enfermería. (Bermejo, 1998).

La enfermera debe respetar los valores, usos hábitos, costumbres y creencias de la persona, familia y comunidad siempre que estos no pongan en riesgo su salud, considerando los principios bioéticos de autonomía, justicia, beneficencia y no maleficencia (Código de ética y deontología CEP, 2005, p. 19). La enfermera (o) debe asumir una conducta profesional aplicando las normas y el mandato moral de la profesión, evitando poner en riesgo su integridad personal y profesional. Además debe considerar el nivel instructivo del paciente, para promover el autocuidado según su nivel de comprensión.

Watson citada por Marriner (2008) sostiene que uno de los factores asistenciales en el cuidado de enfermería es el cultivo de la sensibilidad para uno mismo y para con los demás, esta las vuelve más genuinas a las enfermeras (os). Con la filosofía y ciencia de la asistencia intenta

definir el resultado de la actividad científica en relación a los aspectos humanísticos de la vida, intenta hacer de la enfermería una interrelación de calidad de vida, incluida la muerte. Los relatos son una evidencia del grado de sensibilidad que experimenta la enfermera y su aporte a la sociedad, siempre dando lo mejor de su ser.

“... La interacción es difícil cuando el paciente se siente insatisfecho, porque su atención no fue completa o se complica su enfermedad, cuando no se le informa de su situación de salud o la evolución de su enfermedad, debemos informar con honestidad sobre su enfermedad, para que colabore, generalmente el paciente se muestra ansioso, irritable, compran muchas medicinas y no hay mejoría, el médico debe considerar estas situaciones porque no se cumple con expectativas del paciente”

(E₄)

Berlinguer (2009) reflexiona y resalta que más allá del riesgo de que el cuerpo y la dignidad humana están totalmente sometidos al poder de la ciencia y la técnica, veo más bien una sustancial transformación en las ideas morales. El paciente que en el proceso salud-enfermedad debe ser considerado el sujeto ético, peligra ser devuelto a una posición pasiva y subalterna. La sociedad que debe ser promotora de equidad y salud corre el riesgo de perder esta función y quedar reducida sólo a la dimensión de mercado.

Estoy convencido, dice él, de que la objetivación del paciente es una necesidad para la eficacia de la diagnosis y de la terapia. El médico debe actuar a través del dialogo, como reconstituir la individualidad de la persona, su armonía, bajo la perspectiva de que en una medicina dominada por la industria farmacéutica, el médico se convierte en un ejecutor de la publicidad de las empresas con el riesgo de que desaparezca toda actividad de parte del paciente.

Se debe recomendar el arte de la salud en sentido de actividad humana no reducible a pura técnica de la salud, sino el compromiso del paciente

en el tratamiento, rehabilitación, prevención y promoción de la salud (p.53-55).

Queda el compromiso responsable y decidido de los profesionales de enfermería para fortalecer los campos de promoción de la salud a través de la teoría de Nola J. Pender y la teoría del autocuidado de Dorothea Orem y complementar al trabajo de los profesionales de la medicina, en busca del bienestar y felicidad del paciente, familia y comunidad.

“... A veces la discriminación que se ve hoy en día genera mucho malestar al paciente, debemos considerar que todos tienen los mismos derechos, y cuando no se cumple con el paciente debidamente se generan situaciones conflictivas te reclaman, alzan la voz e intentan agredir”

(E₅)

El sociólogo Valderrama (2013) define la discriminación como un fenómeno social que alude al trato diferenciado hacia determinadas personas o grupos sociales por motivos étnicos, raciales, religiosos de género, de edad, de origen social u otro. El trato discriminador puede manifestarse de diversas maneras, en ese sentido puede ponerse en evidencia mediante gestos de hostilidad o caracterizarse a través de conductas aparentemente “neutras” que suponen, sin embargo, la preferencia hacia una persona o grupo y por ende la marginación y la postergación de otras personas o grupos. En su estudio refleja que en los profesionales de salud aflora estereotipos y prejuicios negativos hacia la población migrante de origen rural campesina étnicamente definida como indígena. La impaciencia del personal en el hospital tiene que ver con las trabas para la agilización del sistema, falta de comunicación adecuada a los pacientes usuarios del servicio, supuestamente los servidores o profesionales se encuentran “aburridos” (desmotivados y atrapados en la rutina diaria de una labor que realiza a desgano y casi de mala gana, encontrándose con respuesta conflictivas del usuario).

Watson, citada por Marriner (2008) sostiene que es preciso considerar el cuidado humanístico de enfermería, pues el paciente valora más los aspectos que tienen relación con la comunicación, el afecto y la atención que se le da en las instituciones.

La realidad que se vive en la institución hospitalaria exige el compromiso e interés por el conocimiento de la multiculturalidad, para una mejor interacción y abordaje durante el cuidado al paciente y familia de tal manera que se sientan identificados y comprendidos durante el proceso de su enfermedad y estancia hospitalaria.

SUBCATEGORÍA: Reconociendo fortalezas en la interacción enfermera-familiar

“Es importante conocer el nivel instructivo e idiosincrasia de los familiares, esto te permite contar con su colaboración efectiva, porque siempre están atentos de lo que sucede con su paciente y contribuyen a su pronta recuperación”

(E₈, E₁₆, E₂₁)

Cuanto mayor es el grado de instrucción mejor es la capacidad de afrontamiento ante las situaciones de enfermedad y colaboración del familiar con el paciente y profesional de salud, porque permite su involucramiento en el cuidado al paciente.

SUBCATEGORÍA: Reconociendo debilidades en la interacción enfermera-familiar

“.... Es difícil cuando los familiares exigen que se le dé toda la información de la enfermedad de su paciente, son muy exigentes, se comportan agresivamente, más aún si se complica la evolución de su enfermedad....nosotras les decimos que el médico es el responsable de brindar información de la enfermedad de su paciente, pero no comprenden, amenazan con denunciarnos”

(E₁₀, E₇)

En los servicios se observa que los familiares abordan constantemente a las enfermeras en busca de información de sus pacientes, esta actividad es de entera responsabilidad del médico, por cuanto es el encargado de la curación de la enfermedad. La calidad de la relación entre médico y su paciente es importante, cuanto mejor sea la relación en términos de respeto mutuo, conocimiento confianza y valores compartidos y perspectivas sobre las enfermedades, la vida, el tiempo disponible, mejor será la cantidad y calidad de la información sobre la enfermedad del paciente que se intercambiará en ambas direcciones, mejorando la precisión del diagnóstico y aumentando el conocimiento del paciente sobre la enfermedad o dolencia y su contribución a la recuperación.

Gutiérrez (2014) considera que la relación médico-paciente y la sociedad en su conjunto han sufrido cambios importantes. Uno de esos cambios es la relación horizontal, donde se respeta la autonomía y autodeterminación del paciente en el cuidado de su salud. La creciente complejidad de los sistemas sanitarios, el desarrollo de la ciencia y la tecnología médico sanitaria, la burocratización, el trabajo en equipo, la masificación han condicionado que la práctica médica se haya vuelto más impersonal y deshumanizada, que repercute en la actitud del familiar.

Es importante comunicar a los familiares cómo el paciente está respondiendo en relación a los cuidados de enfermería, para que formen parte del apoyo al paciente y contribuyan a la recuperación de la enfermedad; entonces es fundamental la información del *care* que brinda la enfermera y la información del *cure* que brinda el médico, como respeto a los derechos fundamentales del paciente de mantenerse informado sobre todo lo relacionado a su enfermedad, diagnóstico, tratamiento y cuidados durante su estancia hospitalaria.

“...Los familiares exigen sus derechos, no cumplen sus deberes, es difícil lidiar con ellos, no respetan normas del hospital”

(E₁₁)

Así como los cuidados de enfermería se tornan difíciles, cuando el familiar no cumple con asistir a su enfermo, también se complica el sufrimiento del paciente y la limitación para poder aliviarse por sí mismo, potencialmente dando lugar a un estado de desesperación y dependencia del médico y enfermera; un médico debe estar informado de estas situaciones para establecer una conexión y optimizar la comunicación con el paciente. Según Widenbach una enfermera debe brindar la ayuda requerida sea con información o un consejo al familiar, esto facilitará la comprensión y afrontamiento de la enfermedad.

Esto exige el reconocimiento de los derechos del paciente: a recibir tratamiento con eficacia, ser atendido con respeto a su humanidad, ser atendido con profesionales de salud capacitados, conocer el nombre del médico tratante, recibir información precisa del tratamiento, los exámenes a que se someterá, exigir su consentimiento informado por escrito, ser escuchado cuando se encuentre disconforme, recibir tratamiento por daños causados en el establecimiento de salud público o privado, recibir atención preferencial si es adulto mayor, mujer gestante, persona con discapacidad, o personas con niños en brazos, elegir libremente el médico que lo atenderá, solicitar la opinión de otro médico, a recibir información oportuna, completa y continúa de su enfermedad, ser informado de las consecuencias de negativa de tratamiento, solicitar presencia de un familiar durante el examen o intervención quirúrgica, secreto de información, que se confeccione una historia clínica veraz y suficiente, recibir atención y tratamiento gratuito de los programas del gobierno, que se respete el proceso natural de su muerte, recibir o rechazar asistencia espiritual y moral, derecho a compensación por mala praxis, a participar en docencia, derecho a participar en investigación biomédica. Derechos que serán respetados para una mejor convivencia en el ambiente hospitalario.

Por otro lado, el Ministerio de Salud MINSA (2015) estableció el reglamento de derechos de los pacientes que en términos generales comprende las áreas de promoción de la salud, prevención de

enfermedades, tratamiento, recuperación y rehabilitación de la salud, así como el acceso a información y al consentimiento informado. Además, considera que el paciente debe ser atendido en cualquier establecimiento de salud sea público, privado o mixto en caso requiera atención médica o quirúrgica de emergencia.

La defensa de estos derechos hoy lo asumen activamente los familiares, demostrando ser muy exigentes en su cumplimiento, pero existen situaciones donde algunos familiares hospitalizan a sus pacientes y no los asisten durante su estancia hospitalaria generando una responsabilidad social para la institución que son resueltas por los profesionales de enfermería y servicio social.

“...Hay dificultades cuando atendemos a pacientes políticos, autoridades, los familiares son muy exigentes quieren una atención prioritaria quieren hacer prevalecer sus influencias sociales, nosotras como enfermeras tenemos que hacer respetar las normas”

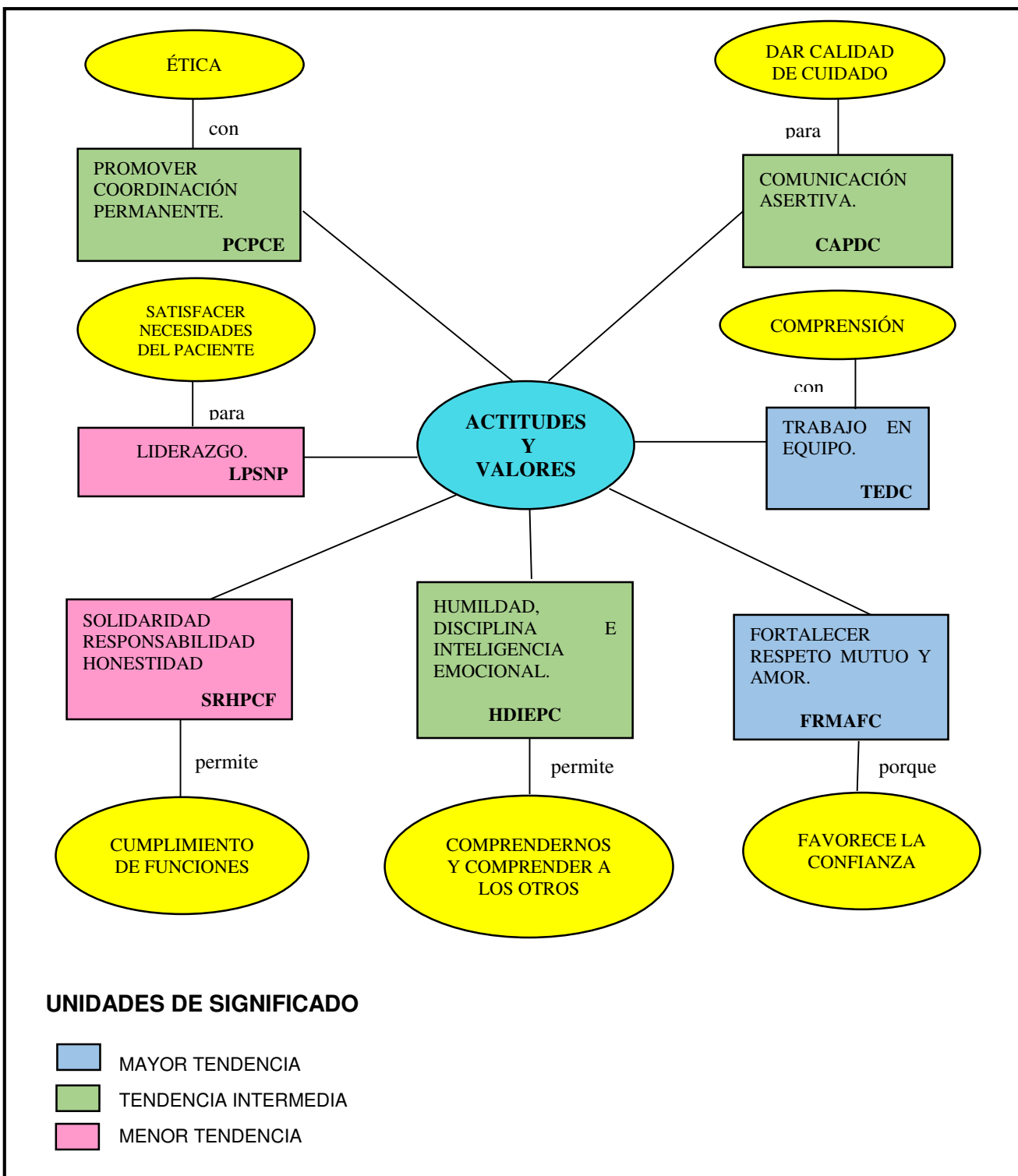
(E₁₂)

Es preciso entender que las instituciones de salud operan a través de procedimientos técnico o administrativos bajo el cumplimiento estricto del personal profesional de enfermería, por su función administrativa, limitando todo tipo de preferencia de cierto tipo de personas o grupos sociales, pues por la naturaleza de su profesión según Nightingale, el enfermo es una gran responsabilidad para la enfermera, ella se encuentra a cargo de él, su vida y su espacio (Leddy & Pepper, 1989).

Estas consideraciones están implícitas en el profesional de enfermería demostradas a través de su actuar diario en el hospital.

ESQUEMA FIGURATIVO 4

ACTITUDES Y VALORES DE LA ENFERMERA (O) RELACIONADOS AL CUIDADO HUMANÍSTICO EN LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS (R.S.)



CATEGORÍA 4: ACTITUDES Y VALORES RELACIONADOS AL CUIDADO HUMANÍSTICO EN EL ENTORNO DE LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS

Moscovici, citado por Araya (2012, enfatiza la comprensión de la realidad social a partir de su construcción social e indica que en la interacción sujeto-objeto no existe un solo sujeto sino que intervienen otros sujetos a los que el autor les llama Alter (A) que además de relacionarse estrechamente entre ellos y ellas guardan también íntima relación con el objeto social. Por lo que entendemos que en la interacción enfermera-paciente en el hospital además intervienen otros profesionales de la salud, que contribuyen a la recuperación del paciente.

La adscripción a distintos grupos constituye fuentes de determinación que inciden con fuerza en la elaboración individual de la realidad social, a través de procesos de comunicación e interacción mediante los cuales los profesionales de enfermería comparten y experimentan con otros profesionales en el entorno organizacional. Y construyen su posición social mediante el lenguaje y juegan un papel decisivo en la transmisión del conocimiento que se transmite de generación en generación, por lo que es fundamental la valoración de los contenidos conativos que permiten la modificación de la conducta.

Expresiones representativas de las enfermeras frente a la pregunta ¿Qué actitudes y valores del cuidado humanístico se practica en el entorno de los servicios hospitalarios?

Los relatos evidencian unidades de significado y subcategorías emergentes:

SUBCATEGORÍA: ACTITUDES EN EL ENTORNO DE LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS

“...Un aspecto fundamental en enfermería es el trabajo en equipo, todos ponernos de acuerdo para brindar cuidado humanizado, cada una debemos comprendernos y trabajar por el bienestar del paciente, creo

que no debemos dejar de lado el cuidado humanístico, nuestra prioridad no sólo debe ser el factor económico, sino brindar el cuidado que el paciente se merece, debemos mejorar cada día y trabajar con convicción de ser enfermera”

(E₁, E₂, E₅, E₈, E₁₀, E₁₂, E₁₅, E₁₈, E₁₉)

Likert, citado por Brunet (1989), en su teoría de clima organizacional, establece que el comportamiento de los subordinados depende directamente del comportamiento del administrativo y las condiciones organizacionales que los mismos perciben, por lo tanto afirma que la reacción estará determinada por la percepción.

Watson, citada por Marriner (2008), en su primer aporte a la ciencia de enfermería, considera que la asistencia y la enfermería han existido en toda la sociedad. La actitud de la asistencia se ha transmitido a través de la cultura de la profesión con una forma única de hacer frente al entorno. El trabajo en equipo se ha constituido en uno de los pilares de la atención, siendo partícipes de ella, con valores como responsabilidad y humildad durante el cuidado, el grupo en estudio refiere que es fundamental la comprensión para trabajar por el bienestar del paciente.

En el trabajo en equipo es importante la información oral y escrita entre los profesionales de enfermería y otros profesionales; al respecto Widenbach, citada por Marriner (2008), refiere en lo relacionado a enfermería, permitirá el conocimiento de los antecedentes sociales y sanitarios del paciente, su situación actual, su reacción, evolución, cuidados y plan terapéutico. Los informes escritos se ven reflejados en los registros de enfermería, la historia clínica (anotaciones de enfermería, kardex, cuaderno de repórter de enfermería), documentos que forman parte de la historia clínica del paciente

Wiedenbach considera que otro aspecto importante en enfermería es el hecho de solicitar información o pedir consejo a una colega de mayor experticia, es un método para conseguir de los demás una opinión o sugerencia que permita a la enfermera ampliar la información que

dispone antes de decidir sobre las líneas de acción a seguir. La discusión científica permite intercambiar y comparar ideas para planificar los cuidados que recibirá el paciente en el futuro y evaluarlos conforme a la ciencia de enfermería.

“... Siempre nos comunicamos, enfermeras del turno entrante con enfermeras del turno saliente, con asertividad conversamos sobre la evolución del paciente como le vamos a brindar el cuidado para satisfacer sus necesidades, en el equipo de enfermería es importante las reuniones periódicas para evaluar la calidad del cuidado, las enfermeras debemos ser muy comunicativas para coordinar con el equipo de salud, el personal de salud no te brinda toda la información, la enfermera debe estar atenta al cuidado que le va a brindar al paciente, la comunicación con el médico debe ser más efectiva”

(E₃, E₄, E₆, E₇, E₉, E₁₇)

Widenbach, citada por Marriner (1998), considera que la enfermera es un ser humano funcional. Como tal no sólo actúa, sino que también piensa y siente. Sus pensamientos y sentimientos son importantes íntimamente relacionados no sólo con lo que hace sino con el modo en que lo hace, estas intervienen en cada acto que realiza; una palabra pronunciada, un documento escrito, un gesto, elementos necesarios para la comunicación humana. Para la enfermera, cuya actividad está dirigida a la consecución de un propósito específico, es decir, el bienestar del paciente, los pensamientos y sentimientos tienen que estar disciplinados, con objetivos y filosofía definida, que guía sus pensamientos e influye en sus decisiones. Esto es evidenciado por cuanto las enfermeras siempre están preocupadas por evaluar la calidad de cuidado que se brinda en el hospital.

“... En el equipo de enfermería debemos coordinar el cuidado éticamente, considerar que el paciente nos observa y evalúa qué cuidado le estamos brindando en el hospital el trabajo debe ser más equitativo y justo tanto entre enfermeras contratadas y nombradas, la

parte actitudinal desfavorece en el trato al paciente, se debe tener comportamiento ético para solucionar los problemas del servicio de enfermería, es importante la coordinación permanente sobre el tratamiento, los exámenes auxiliares para favorecer la recuperación del paciente, a veces no se llega al diagnóstico con certeza y no hay mejoría, los enfermeros se enfrentan con los pacientes y familiares, esto nos dificulta el cuidado humanístico que se debe brindar, nos afecta emocionalmente”

(E₁₁, E₁₃, E₁₄, E₂₀)

Al respecto el Colegio de Enfermeros del Perú CEP (2005) en su Código de Ética y Deontología, en la declaración de principios del profesional de enfermería, considera que la conducta ética es el comportamiento que evidencia un sistema de valores ético-morales en el quehacer diario de la enfermera (o), así como en sus relaciones humanas con la persona y la sociedad; por lo descrito es de esperar que todo profesional de enfermería debe actuar bajo estos principios emanados por la institución que regula el ejercicio de la profesión; sin embargo, aún se observa actitudes que van en contra de lo estipulado por el código de ética, generando dificultades en el entorno profesional y su implicancia en el cuidado al paciente.

Los discursos y las observaciones evidencian que en el equipo de salud hay escasa coordinación e interacción para el servicio al paciente y familiares. Por la naturaleza de su profesión la enfermera debe coordinar con otros profesionales para brindar el cuidado y evitar los servicios fragmentados, que generan incomodidad al paciente y familiares, ellos reaccionan mostrando actitudes negativas (enojos y gritos).

Campos (2006) refiere que en todo espacio socio cultural un individuo convive con otros individuos, esto le permite conocer a los demás y conocerse asimismo, en tanto las relaciones interpersonales son esenciales en la vida en sociedad y nos hace más humanos. Las normas de relación entre médicos-enfermeras son: respetar a las personas y

tratar con cortesía, no invadir el área específica de trabajo, no delegar funciones propias en quién no es competente, reconocer la legítima línea de mando y denunciar a quien se comporte descuidada o negligentemente. También las relaciones humanas de amistad, empatía, de respeto mutuo y de trabajo deben caracterizar la relación profesional según Guillen (2011). Por tanto, las enfermeras deben desarrollar habilidades comunicativas e interacción con otros profesionales, que faciliten su desempeño profesional.

Los discursos concuerdan con lo planteado por Urquiaga (2015), quien describe un cotidiano de vida de la enfermera e indica como una de las principales funciones a la administración de los servicios y coordinación con la familia que contribuyen a mejorar la calidad de atención del paciente.

“...Nosotras como profesionales de enfermería asumimos el liderazgo en el equipo de salud, porque le dedicamos mayor tiempo al paciente, la enfermera está atenta a todas las necesidades del paciente.... conoce sus preocupaciones que tiene él durante las veinticuatro horas del día y es la que coordina con los familiares y el equipo de salud, somos el soporte primordial del paciente, debemos fortalecer ese liderazgo”

(E₁₆, E₂₁)

Estas consideraciones son una evidencia de que el liderazgo en enfermería es trascendente e influyente en los servicios hospitalarios, porque permite que la atención sea oportuna acorde a las necesidades biopsicosociales y espirituales del paciente.

Al respecto Leddy & Pepper (1989) consideran que el liderazgo en enfermería es un proceso de influencia interpersonal mediante el cual se ayuda al usuario a fijar y alcanzar metas hacia un mayor bienestar. El liderazgo puede aplicarse en muchos niveles diferentes de complejidad de los sistemas: individuo, familia, grupo de pacientes o colegas profesionales o la sociedad en su conjunto; como proceso identifica cuatro elementos: decisión, relación, influencia, y facilitación.

Considerando la fijación y logro de metas con comunicación constante, propiciando el cambio. Esto es de gran influencia para el diagnóstico y tratamiento oportuno de la enfermedad del paciente y su estancia hospitalaria.

SUBCATEGORÍA: VALORES EN EL ENTORNO DE LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS

“... En relación al trato entre profesionales de salud se debe fortalecer el respeto mutuo, es muy importante saber comprender a cada uno, tratar con amor, hacer un acto de conciencia del que nos damos entre colegas.... se aprende mucho cuando hay ayuda para dar un buen cuidado con respeto y amabilidad porque con ello ganamos muchos conocimientos, porque al interactuar con otros profesionales se aprende de cada uno, esto nos facilita el cuidado y favorece la confianza”

(E₁, E₈, E₁₅ E₁₆, E₁₇, E₁₈, E₁₉, E₂₀)

En toda interacción humana es fundamental el respeto, el amor, la honestidad, valores que legitiman nuestra convivencia, y es fundamental en enfermería, por la naturaleza de su esencia; el cuidado humano, está en contacto las veinticuatro horas del día con el paciente y sus familiares y el encuentro favorable entre profesionales será de gran influencia en el cuidado al paciente.

Waldow (1998) nos reafirma que la postura estética y ética del cuidado frente al mundo es la forma de vivir, de ser y de expresarse de la enfermería. Es un compromiso con estar en el mundo contribuyendo con el bienestar general, en la preservación de la naturaleza, la dignidad humana y nuestra espiritualidad, y colaborar

en la construcción de la historia del conocimiento de la vida, esto nos hará dignos representantes del cuidado humano.

Estamos convencidos de que el respeto, la amabilidad y solidaridad son valores fundamentales en la interacción del equipo de salud, esto crea gran influencia en la comunicación que es fundamental para la

coordinación efectiva, ésta depende directamente de la adquisición, transmisión y procesamiento de la información; tanto mayor sea la incertidumbre de las tareas que se coordinen, mayor será la necesidad de información, concordante con lo descrito por Ariza (2012). También las relaciones humanas de amistad, empatía y trabajo deben caracterizar al profesional de salud nos afirma Guillen (2011).

“...Entre los valores trascendentes en nuestra profesión vemos que es la humildad y la disciplina....ante cualquier especialidad que se pueda tener, cualquier conocimiento actualizado: PAE, NANDA, NIC, NOC, lo fundamental es la humildad...para brindar cuidado humanístico, también es importante la puntualidad para comprender el comportamiento diferente de cada paciente.....en la actualidad la inteligencia emocional permite entendernos y comprendernos como seres humanos.....no debe haber soberbia “

(E₂, E₃, E₄, E₅, E₁₀, E₁₁, E₁₃)

Según la RAE (2014) la humildad es la virtud de reconocer las limitaciones y debilidades y obrar de cuerdo a este conocimiento. Es el principio de grandes valores honorables, sólo con ella se es capaz de aprender, crecer y desarrollarse para llegar a la cumbre; la humildad te permite aprender de cualquier persona, situación y lugar; te permite tener sabiduría y conocimiento y ver a la gente y las situaciones de manera objetiva y tomar mejores soluciones para el bien de todos los involucrados; es el punto de partida de una gran personalidad, te permite conocerte y conocer a los demás.

En su interacción diaria la enfermera (a) es la responsable de la gestión del cuidado, esta deberá estar de acuerdo a los horarios preestablecidos para el tratamiento, los procedimientos, la alimentación, el descanso del paciente, guiado por la disciplina, considerando la organización de los servicios, limpieza y puntualidad en sus actos, que influirán en la recuperación favorable del paciente.

Por otro lado, se considera a la inteligencia emocional, que según Goleman (1995), nos permite cambiar situaciones, pues las consideraciones de la época exigen dominio de sí mismo y compasión, es decir ponerle inteligencia a nuestras emociones, porque nuestras emociones dice él nos guían cuando se trata de enfrentar momentos difíciles y tareas demasiado importantes para dejarlas sólo en manos del intelecto, entonces no podemos dejar de lado el poder de las emociones, siempre debemos buscar el equilibrio racional y emocional también considero que es fundamental el espiritual. .

“...Enfermería es un equipo, trabajamos en forma solidaria con responsabilidad y honestidad, para el cumplimiento de las funciones demostrar cortesía para dar un mejor servicio, pero debemos coordinar con el personal técnico de enfermería, ellos contribuyen para el cumplimiento de los procedimientos y técnicas de enfermería “

(E₆, E₇, E₉, E₁₂, E₁₄, E₂₁)

Al respecto Medina (2002) refiere que en ninguna otra profesión se exige tanto rigor de orden moral como en las sanitarias, para ejercerla, de tal manera que puedan dar respuesta satisfactoria a los dilemas que se plantea en su ejercicio profesional.

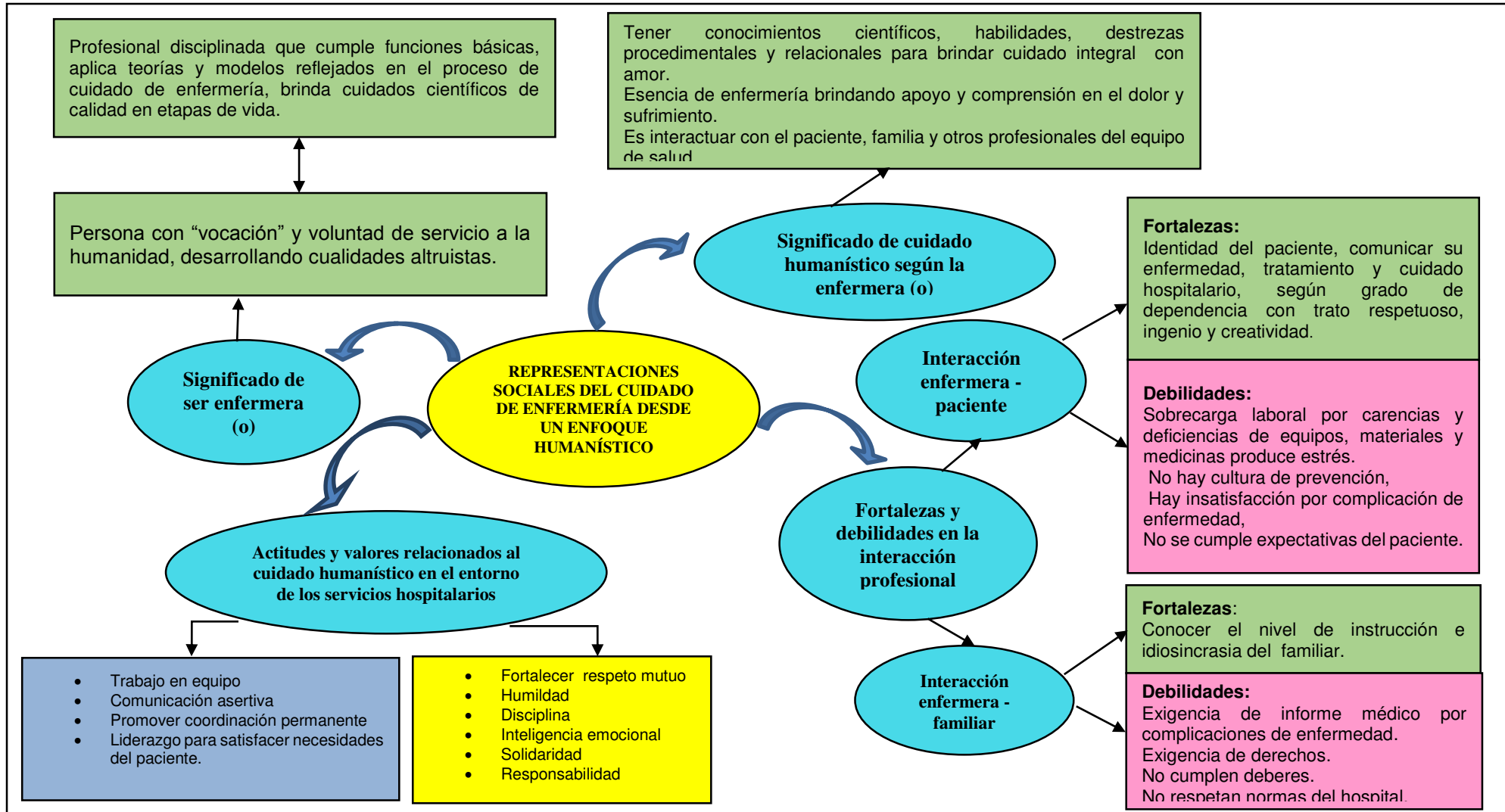
Ariza (2012) afirma que para hablar de una atención humana en los diferentes escenarios del área de la salud es importante contemplar a los agentes que participan en ella, esto es, médicos, enfermeras, terapistas, nutricionistas entre otros, instituciones prestadoras de servicio y formadoras y los atributos que deben caracterizar dicha atención guiados por la práctica de valores y principios éticos, considerando que el respeto ocupa un lugar privilegiado, desarrollado en doble vía profesional-paciente y paciente-profesional.

Una de las características fundamentales de la formación profesional de enfermería es la práctica de valores, estos deben estar reflejados en la solidaridad, responsabilidad y honestidad para el ejercicio de la profesión, pues los sistemas de servicios sanitarios públicos y privados

establecen normas de ingreso y salida del trabajador asistencial, así como la entrega de servicios por equipos de enfermería (enfermeras y técnicos), según el art. 19° de la Ley de Trabajo CEP (2002) que obliga su cumplimiento. Con respecto a los técnicos de enfermería, la Ley N° 28561, aprobado el 30 de marzo del 2012, firmado por el presidente del Perú Ollanta Humala Tasso, considera que los técnicos de salud en el que están incluidos los técnicos de enfermería, participan dentro de los equipos de salud en los procesos de promoción, recuperación, y rehabilitación de la salud mediante el cuidado de la persona Arévalo (2006). Por tanto la coordinación permanente, respetuosa honesta y solidaria entre el enfermero y técnico será trascendente para brindar el óptimo cuidado de enfermería al paciente hospitalizado.

ESQUEMA FIGURATIVO 5

NÚCLEO FIGURATIVO DE LAS REPRESENTACIONES SOCIALES (RS) DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA DESDE UN ENFOQUE HUMANÍSTICO EN LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS. HOSPITAL ESTATAL CERRO DE PASCO-PERÚ. 2013-2014



CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
1. Significado de ser enfermera (o)	<p>Persona con “vocación” y voluntad de servicio a la humanidad, dedicada, humilde que sabe escuchar, atiende necesidades básicas con don para el cuidado sin discriminación.</p> <p>Profesional que cumple funciones básicas aplicando teorías y modelos reflejados en el PCE, brinda cuidados científicos inmediatos y de calidad en las etapas de vida.</p>
2. Significado de cuidado humanístico según la enfermera (o).	<p>Tener conocimientos científicos, habilidades y destrezas procedimentales y relacionales para el cuidado integral con palabras alentadoras y motivadoras. Esencia de enfermería brindando apoyo y comprensión en el dolor y sufrimiento del paciente y familia. Es interactuar con el paciente, familia y otros profesionales de equipo de salud.</p>
3. Fortalezas y debilidades en la interacción profesional	<p>Fortalezas en la Interacción enfermera-paciente: identidad del paciente comprendiendo su carácter con paciencia y tolerancia.</p> <p>Comunicación de su enfermedad, tratamiento y cuidado hospitalario, según grado de dependencia.</p> <p>Trato respetuoso, amable con ingenio y creatividad.</p>

	<p>Debilidades en la interacción enfermera-paciente: sobrecarga laboral, carencias y deficiencias en el hospital produce estrés, no hay cultura de prevención, insatisfacción por complicación de enfermedad, no se cumple expectativas del paciente.</p> <p>Fortalezas en la interacción enfermera-familiar: conocer el nivel de instrucción e idiosincrasia del familiar.</p> <p>Debilidades en la interacción enfermera- familiar: exigencia de informe médico por complicación de enfermedad, exigencia de derechos y no cumplen deberes, no respetan normas del hospital.</p>
4. Actitudes y valores relacionados al cuidado humanístico en el entorno de los servicios hospitalarios	<p>Actitudes: trabajo en equipo, comunicación asertiva, coordinación permanente y liderazgo. Valores: fortalecer el trato respetuoso, humildad, disciplina, inteligencia emocional, solidaridad, responsabilidad y honestidad.</p>

4.3. Hipótesis emergentes

Considerando los resultados de la presente investigación “Representaciones sociales de cuidado de enfermería desde un enfoque humanístico” se plantea la siguiente hipótesis:

H₀: Existen factores socio-económicos y políticos que no influyen significativamente en la práctica del cuidado humanístico en el hospital estatal de Cerro de Pasco-Perú.

H₁: Existen factores socio-económicos y políticos que influyen significativamente en la práctica del cuidado humanístico en el hospital estatal de Cerro de Pasco-Perú.

H₀: La sobre carga laboral que afronta la enfermera (o) no influye significativamente en la interacción con el paciente y familia no altera los contenidos afectivos y conativos del cuidado humanístico de enfermería en el hospital estatal de Cerro de Pasco-Perú

H₂: La sobre carga laboral que afronta la enfermera (o) influye significativamente en la interacción con el paciente y familia alterando los contenidos afectivos y conativos del cuidado humanístico de enfermería en el hospital estatal de Cerro de Pasco-Perú

H₀: El estrés laboral sobredimensionado en la enfermera (o) no influye significativamente en su calidad de vida y desenvolvimiento profesional en el hospital estatal de Cerro de Pasco-Perú

H₃ El estrés laboral sobredimensionado en la enfermera (o) influye significativamente en su calidad de vida y desenvolvimiento profesional en el hospital estatal de Cerro de Pasco-Perú.

CONSIDERACIONES FINALES

Las representaciones sociales (RS) del cuidado de enfermería desde un enfoque humanístico ha permitido comprender el cuidado que brindan las enfermeras (os) en los servicios hospitalarios, desde su integralidad (su ser, conocer, hacer y convivir) considerando el análisis ideográfico (conocimiento individual) y nomotético (conocimiento grupal) ya que el hombre singulariza en sus actos la universalidad de una estructura social.

Las Representaciones Sociales (RS) del cuidado de enfermería desde un enfoque humanístico evidencian:

1. La enfermera (o) como ser social y profesional es una persona con vocación y voluntad de servicio a la humanidad, dedicada, humilde que sabe escuchar y atiende necesidades básicas, cumple funciones básicas aplicando teorías y modelos reflejados en el PCE, brinda cuidados científicos inmediatos y de calidad, en todas las etapas de vida del ser humano.
2. Para la enfermera (o) cuidado humanístico significa tener conocimientos científicos, habilidades y destrezas procedimentales y relacionales para el cuidado integral con palabras alentadoras y motivadoras; es esencia de enfermería brindando apoyo y comprensión en el dolor y sufrimiento del paciente y familia; es interactuar con el paciente, familia y otros profesionales del equipo de salud
3. Fortalezas y debilidades en la interacción profesional:

Interacción enfermera-paciente

Fortalezas: identidad del paciente, comunicar su enfermedad y cuidado hospitalario según grado de dependencia, con trato respetuoso ingenio y creatividad.

Debilidades: sobrecarga laboral por carencias y deficiencias de equipos, materiales y medicinas, produce estrés e influye en el trato al

paciente, además no hay cultura de prevención, hay insatisfacción por complicación de enfermedad, no se cumple expectativas del paciente.

Interacción enfermera-familiar

Fortalezas: conocer el nivel instructivo e idiosincrasia del familiar.

Debilidades: exigencia de informe médico por complicaciones de enfermedad, exigencia de derechos y no cumplen deberes, no respetan normas del hospital, hacen prevalecer sus influencias políticas.

4. Actitudes y valores relacionados al cuidado humanístico en el entorno de los servicios hospitalarios: trabajo en equipo, comunicación asertiva, coordinación permanente, fortalecer el trato respetuoso y con amor con inteligencia emocional, solidaridad, responsabilidad y honestidad.

Los comportamientos evidenciados en los servicios hospitalarios están modelando o representando el cuidado de enfermería, permitiendo la consideración de la conducta deshumanizante, por cuanto no se facilita las condiciones indispensables para un cuidado más humano en el hospital estatal.

Por un lado, hay un ideal de pensamiento conforme a la ciencia y la realidad de pensamiento en el medio social, evidenciando que hay separación entre valores científicos y valores sociales; por otro lado, la ciencia exige ciertas condiciones para el cuidado y el entorno donde se desarrolla el cuidado no garantiza las condiciones, generando dificultades en el cuidado profesional de enfermería y la insatisfacción de los pacientes y profesionales en los servicios hospitalarios.

RECOMENDACIONES

1. A los profesionales de enfermería:

Asumir un rol protagónico en el cuidado de enfermería caracterizado por la aplicación de la filosofía y ciencia del cuidado, considerando las influencias filosóficas como el existencialismo, la fenomenología y el humanismo que facilitan la conexión humana y le dan el carácter científico y ético a la práctica, promoviendo de esta manera la mística e identidad profesional, garantizando un mismo lenguaje y orientación de los cuidados que contribuyen a la humanización generando salud holística y bienestar humano.

2. A las autoridades de la institución estatal:

Velar por la dotación oportuna y equitativa de los recursos humanos, materiales y financieros, acordes con la realidad social y las nuevas políticas vigentes en el país, que permitan el ejercicio profesional en óptimas condiciones laborales y velar por la salud e integridad del profesional de enfermería, pues es fundamental cuidar de quien cuida, para su desempeño eficiente y garantizar la atención de calidad en los servicios hospitalarios, promoviendo la humanización.

Generar proyectos de desarrollo personal y profesional en los servicios de hospitalización orientados a las/os enfermeras (os). Priorizar los relacionados a las habilidades comunicativas, estrategias de afrontamiento del estrés y liderazgo, para promover la salud relacional y emocional contribuyendo a mejorar su calidad de vida.

3. A las instituciones formadoras de profesionales de enfermería:

Fortalecer la formación humanística para el cuidado científico, con el ejemplo de los docentes y ofrecer a la sociedad enfermeras (os) que proporcionen cuidados de calidad al individuo, familia y comunidad para aportar a la solución de los problemas de salud del país y asumir un compromiso centrado en el desarrollo humano.

Promover investigaciones que contribuyan a la práctica del cuidado sustentados en el conocimiento científico con fundamentación teórica humanista que permitirá la producción del conocimiento en enfermería de acuerdo a las necesidades del proceso de vivir y de la salud humana.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Araya, S. (2002). *Las representaciones sociales. Ejes teóricos para su discusión*. Costa Rica: FLACSO Recuperado de <http://www.or.cr>index.php.pdf>
- Arévalo, J. (2006). *El Perfil del Técnico de Enfermería*. Lima -Perú.
- Ariza, C. (2012) “*Soluciones de Humanización en Salud en la práctica diaria*” (Tesis Dr. en Enf.) Universidad Javeriana. Colombia
- Banchs, M. (1990) “*Las representaciones sociales, sugerencias para una alternativa teórica y un rol posible para los psicólogos sociales en Latinoamérica*” México: Universidad de Guadalajara
- Bermejo, A. (1998). *Apuntes de relación de ayuda-humanización de la salud*. Madrid: Salterral Bilbao.
- Berlinguer, G. (2009) *Ética de la Salud*. Buenos Aires: Lugar Editorial. pp. 53-55
- Bravo, M. (2005) *Guía Metodológica del Proceso de Atención de Enfermería*. Lima-Perú: Grafica Jesús
- Bruin, G., Taylor N. (2005) *Development of the Sources of Work Stress Inventory*. *South African Journal of Psychology*. 35(4) pp. 748-765
- Brunet, L. (1989) *El clima de trabajo en las organizaciones*. Mexico: Editorial Trillas. pp. 15-17
- Calnan, M. & Wainwright, D. & Almond, S. (2000) *Job strain, effort reward imbalance and mental distress: a study of occupations in general medical practice*. *Work and Stress*. 14(4) pp. 297-311
- Campos, A. (2006) *Importancia de las relaciones interpersonales en los Cuidados de Enfermería*. México: U. del Valle
- Casullo, M. (2002) *Evaluación del Bienestar Psicológico en Iberoamérica*. Buenos aires: Editorial Paidós

- Colegio de Enfermeros del Perú CEP (2005) *Código de Ética y Deontología*. Lima –Perú pp.16, 31.
- Colegio de Enfermeros del Perú CEP (2002) *Ley del Trabajo y Reglamento de la Enfermera (o)* Lima-Perú
- Chiang, M. Salazar, C. Nuñez A. (2007) Clima organizacional y satisfacción laboral en establecimiento de salud estatal: Hospital Tipo1. Revista Theoria 16(2): pp.61-76
- Delors, J. (1996) *La educación encierra un tesoro*. UNESCO Ediciones Santillana. pp.15- 34
- De Souza, M. (1997) *El Desafío del Conocimiento*. Buenos Aires, Argentina p. 20
- Do Prado, L. (2008). *Investigación Cualitativa en Enfermería. Contexto y Bases Conceptuales*. Washington DC: OPS p. 25
- Espinoza, L. et al. (2010) *El cuidado humanizado y la percepción del paciente en el Hospital ESSALUD Huacho*. Perú
- El Comercio. PC>Móvil (2014) Peruanos desaprueban atención en hospitales del MINSA y ESSALUD. 17 de marzo.
- Guillén, M. (2011) *Habilidades de comunicación en la relación médico-enfermera* Recuperado de: <http://www.scielo.sld.cu/scielophp?script>.
- Gutiérrez W. (2014) *Los derechos de los pacientes*. Sociedad Peruana. Recuperado de [http://www.MedicinaInterna.Org.pe.../SP MI Vol. 27\(1\)](http://www.MedicinaInterna.Org.pe.../SP MI Vol. 27(1))
- Guirao, J. (2004). *La medida del cuidado*. 5to Congreso Nacional AEC. Balneario de Archena (Murcia)
- Goleman, D. (1996) *La inteligencia emocional*. Edit. Verlap S.A. Buenos Aires Argentina

- Grupo Cuidado (1998) *Dimensiones del cuidado*. Colombia: Facultad de Enfermería pp. 13, 191
- Hassan. (1969) *Conocimiento operativo de empatía y conocimiento del otro*. Barcelona. Ediciones de cultura popular p. 112
- HDAC-Pasco. (2012) Manual de Organización y funciones. p. 226
- Huercanos, I. (2010) “*El cuidado invisible, una dimensión de la profesión enfermera*” (Tesis de Lic. en Enf.) Universidad Zaragoza. España
- Jimenez, E. & Gomez, M. (2013) “*Maneras de cuidar de la Enfermera a la persona hospitalizada desde la Perspectiva del Estudiante*” (Tesis Dr. en Enf.) Universidad Nacional de Trujillo. Perú
- Jodelet, D. et.al. (2007) *Representaciones Sociales Teoría e Investigación* Universidad de Guadalajara. México, pp.54-55
- Landam, C. et al. (2014) “*Cuidado Humanizado desde la perspectiva del enfermero de emergencia en un Hospital de Quillota Chile*” (Tesis Dr. en Enf.) Universidad Alicante. Chile
- Leddy, S., & Pepper, J. (1989) *Bases Conceptuales de la Enfermería Profesional*. New York U.S.A.: Organización Panamericana de la Salud, Edic. en Español pp. 63- 67
- Luiris, T. (2002) *Los paradigmas como base del pensamiento actual en la profesión de enfermería*. Rev. Cubana de Educación Médica Superior26(4)Recuperadode<http://wwbvs.sld.cu/revistas/cms/.../cm0702.htm>.
- Marriner, A. (2008) *Modelos y Teorías en Enfermería*. 5ta Edic. España: Elsevier S.A.
- Medina, C. (2002) *Ética y Legislación*. DAE. Madrid-Valencia
- Mijangos, K. (2014) *El Paradigma Holístico de la Enfermería*. Recuperado de [http:// www.Unsis.edu.mx/revistas/02/ensayos pdf](http://www.Unsis.edu.mx/revistas/02/ensayos.pdf).

- MINSa-Perú. (2004) *Buenas Prácticas para la descentralización, desarrollo y gobernabilidad*. Norma Técnica C.E. Sector Salud NT 021/MINSa/DGSP -V. 01 (Resolución N° 769- 2004-26-7 MINSa)
- MINSa-Perú (2006) *Compendio de guías de intervenciones y procedimientos de Enfermería en Emergencias y Desastres*. Recuperado de [http:// www. minsa.gob.pe](http://www.minsa.gob.pe)> org. Pdf. normas.
- MINSa-Perú. (2015) *Reglamento que protege los derechos del paciente*. Recuperado de [http:// www. minsa.gob.pe](http://www.minsa.gob.pe)
- Mosccovici & Hewstone (1986). *Representaciones Sociales*.
Recuperado de <http://www.revista.icred.org/v1n3pdf/lacolla>
- Muñoz, M., Montalvan, L., Pérez A., García, A. Gómez, A. (s.f.) *Fluido terapia intravenosa en urgencias y emergencias*. Recuperado de [http: // www. medy net.com](http://www.medy.net.com) >jraguilar fluido Pdf. pp.1-30
- Paterson, J, & Zderad L. (1990) *Enfermería Humanística*. México: Limusa S.A.
- Rodríguez, G. (1999). *Metodología de la Investigación Cualitativa*. (2da edición) Málaga España: Aljibe S.L.
- RAE (2014). *Diccionario de la Lengua Española*. (23ª) Edic. Tricentenario [en línea] Madrid España
- Urquiaga, M. (2015) *“Vivencias de los profesionales de enfermería en la gestión del cuidado a personas hospitalizadas. Hospital San Ignacio de Casma”* (Tesis Dr. en Enf.) ULADECH-Perú
- Valenzuela, M. (2015) *¿Es posible humanizar los cuidados de enfermería en los servicios de urgencia?* (Tesis Dr. en Enf.) Chile
- Valderrama, N. (2013) *La discriminación en el Perú y el caso de la salud*. Recuperado de [http:// www. alerta contra el racismo.pe](http://www.alertacontraelracismo.pe)> 01
- Waldow, V. (1998) *Cuidado humano O resgate necessário*. Porto Alegre: Zagra Luzzatto.

Watson, J. (2012) *El Cuidado Recuperado de* [http:// www. Teorías de enfermería.blogspot. com](http://www.Teorías de enfermería.blogspot.com) > je...

Zapata, I. (2011) *Situación del Cuidado de Enfermería en el Perú. IV Curso Internacional. Cuidado Humanizado. Compromiso Profesional de Enfermería con la Sociedad* [Diapositiva] CEP Lima.

ANEXOS

ANEXO 1**CONSENTIMIENTO INFORMADO****PROPUESTA:**

La presente investigación se ha diseñado para trabajar con enfermeras (os) en una observación participante y entrevista en profundidad. Los resultados serán importantes para desarrollar estrategias orientadas al cuidado profesional de enfermería con enfoque humanístico en los servicios de hospitalización. Los datos serán absolutamente confidenciales.

CERTIFICADO DE CONSENTIMIENTO

Tuve la oportunidad de escuchar a la investigadora y **consiento voluntariamente** mi participación en el estudio de investigación “Representaciones sociales del cuidado de enfermería desde un enfoque humanístico”

Cerro de Pasco.....de.....del.....

Enfermera (o)

ANEXO 2**UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS**

Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA

FACULTAD DE MEDICINA**UNIDAD DE POST GRADO****GUÍA DE OBSERVACIÓN PARTICIPANTE****I. Objetivo**

Captar -festum in vivo- actitudes y valores relacionados al cuidado humanístico en enfermeros(as) de los servicios hospitalarios. Hospital Estatal de Cerro de Pasco-Perú

Enfermero(o) Código

Fecha:.....Turno: Mañana () Tarde () Noche ()

1. Descripción del primer contacto con el paciente al iniciar el turno de trabajo: expresión gestual (amable, medianamente amable y poco amable) expresión verbal (tono de voz: imperativo, locuaz, pausado)
2. Describir cómo es la interacción entre enfermera-paciente: actitud profesional que considera la relación transaccional: interés, afecto (SI-NO)
3. Describir cómo es la interacción durante la intervención terapéutica: actitud profesional que considera la conciencia intelectual: respuestas humanas de necesidades biofísicas, psicofísicas, psicosociales e interpersonales (SI-NO)
4. Describir cómo es la interacción con el equipo de enfermería: coordinación para la continuidad del cuidado profesional (favorable, medianamente favorable, desfavorable)
5. Describir algún suceso relevante durante el cuidado de enfermería: coordinación con otros profesionales para el cuidado profesional (favorable, medianamente favorable, desfavorable).

ANEXO 3**UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS**

Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA

FACULTAD DE MEDICINA**UNIDAD DE POST GRADO****GUÍA SEMIESTRUCTURADA DE ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD****I. Objetivo**

Captar –post festum- los significados semánticos de las unidades de registro de los relatos de las enfermeras asistenciales acerca del significado del cuidado humanístico en enfermería.

II. Instrucciones

Estimada (o) enfermera (o):

Le agradeceré sus valiosos relatos sobre el significado del cuidado humanístico en enfermería, los mismos que configurarán las representaciones sociales del cuidado en los servicios hospitalarios y permitirán fortalecer la esencia de nuestra profesión.

III. Características individuales

Código de entrevistada (o): Sexo:..... edad:.....

estado civil: Experiencia profesional:

Tiempo de trabajo en el servicio:

Nivel académico alcanzado:

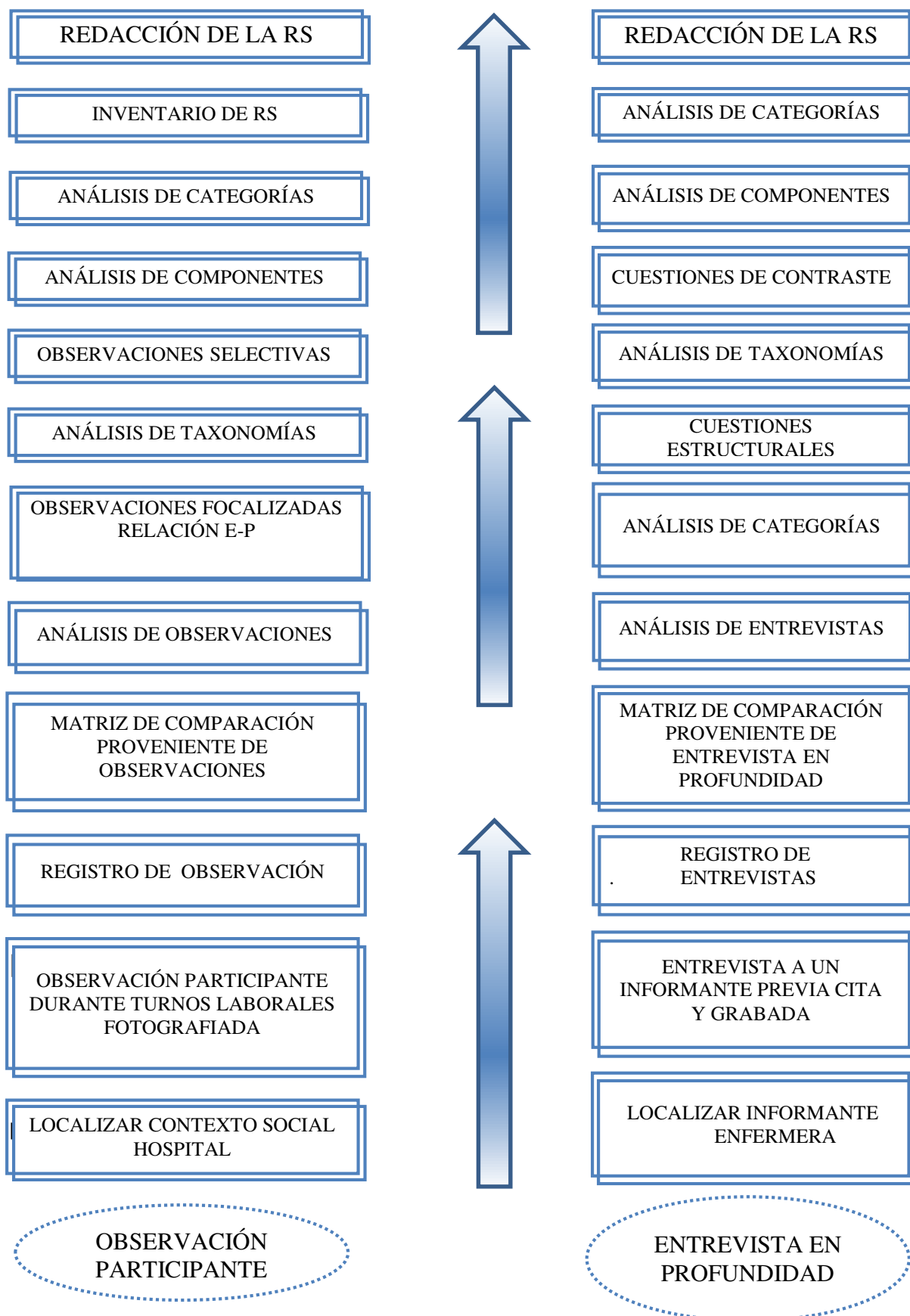
Licenciatura () Especialización () Maestría () Doctorado ()

IV. Interrogantes norteadoras

1. ¿Qué significa ser profesional de enfermería?
2. ¿Qué significa para Ud. el cuidado humanístico de enfermería?
3. ¿Cómo considera Ud. la interacción con el paciente en los servicios hospitalarios?
4. ¿Cómo considera Ud. la relación enfermera-paciente durante la intervención terapéutica en los servicios hospitalarios?
5. ¿Qué actitudes y valores son importantes en el cuidado humanístico en los servicios hospitalarios?

ANEXO 4

SECUENCIA DE PASOS EN EL DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN



ANEXO 5

CARACTERÍSTICAS INDIVIDUALES DE LAS ENFERMERAS ENTREVISTADAS EN EL HOSPITAL ESTATAL DE CERRO DE PASCO – PERU. 2013-2014

Código	Sexo	Edad	Estado Civil	Experiencia Profesional	Condición Laboral	Nivel Académico
E ₁	Femenino	40	Casada	10 años	Contratada	Enf. Espec.
E ₂	Femenino	35	Casada	8 años	Contratada	Enf. Espec.
E ₃	Femenino	30	Casada	6 años	Contratada	Enf. Gral.
E ₄	Femenino	30	Soltera	5 años	Contratada	Enf. Espec.
E ₅	Femenino	54	Casada	20 años	Nombrada	Enf. Espec.
E ₆	Masculino	30	Casado	7 años	Contratado	Enf. Gral.
E ₇	Femenino	52	Soltera	27 años	Nombrada	Enf. Gral.
E ₈	Femenino	35	Casada	9 años	Contratada	Enf. Espec.
E ₉	Femenino	58	Soltera	34 años	Nombrada	Enf. Espec.
E ₁₀	Femenino	33	Casada	8 años	Nombrada	Enf. Espec.
E ₁₁	Femenino	32	Soltera	6 años	Nombrada	Enf. Gral.
E ₁₂	Masculino	58	Casado	22 años	Nombrada	Enf. Espec.
E ₁₃	Femenino	34	Soltera	12 años	Nombrada	Enf. Espec.
E ₁₄	Femenino	35	Soltera	10 años	Nombrada	Enf. Espec.
E ₁₅	Femenino	45	Casada	19 años	Nombrada	Enf. Espec.
E ₁₆	Femenino	35	Casada	9 años	Contratada	Enf. Espec.
E ₁₇	Femenino	36	Casada	12 años	Contratada	Enf. Espec.
E ₁₈	Femenino	54	Casada	23 años	Nombrada	Enf. Espec.
E ₁₉	Femenino	62	Soltera	36 años	Nombrada	Enf. Espec.
E ₂₀	Femenino	41	Casada	15 años	Nombrada	Enf. Gral.
E ₂₁	Femenino	55	Casada	34 años	Nombrada	Enf. Espec.

ANEXO 6

OBSERVACIÓN PARTICIPANTE A ENFERMERA (O) DURANTE SU TURNO LABORAL EN EL HOSPITAL ESTATAL CERRO DE PASCO-PERÚ. 2013-2014

Código	Primer contacto E.E.		Relación transaccional		Conciencia intelectual			Coordinación con el equipo de enfermería	Coordinación con el equipo de salud
	Exp. Gest.	Exp. verbal	Interés	Afecto	NBF	NPF	NPS e I		
E1	MED. A	TONO IMPERATIVO	SÍ	NO	SI	NO	NO	MED. FAVORABLE	MED. FAVORABLE
E2	AMABLE	PAUSADO	SÍ	SI	SÍ	SÍ	SÍ	MED. FAVORABLE	MED. FAVORABLE
E3	AMABLE	LOCUAZ	SÍ	SI	SÍ	SÍ	SÍ	FAVORABLE	FAVORABLE
E4	AMABLE	PAUSADO	SÍ	SI	SÍ	SÍ	SÍ	FAVORABLE	FAVORABLE
E5	AMABLE	LOCUAZ	SÍ	NO	SÍ	NO	NO	FAVORABLE	FAVORABLE
E6	AMABLE	PAUSADO	SÍ	NO	SÍ	NO	NO	MED. FAVORABLE	MED. FAVORABLE
E7	AMABLE	PAUSADO	SÍ	SI	SÍ	SÍ	SÍ	FAVORABLE	FAVORABLE
E8	AMABLE	LOCUAZ	SÍ	SI	SÍ	SÍ	SÍ	FAVORABLE	FAVORABLE
E9	AMABLE	LOCUAZ	SÍ	SI	SÍ	SÍ	SÍ	FAVORABLE	FAVORABLE
E10	AMABLE	PAUSADO	SÍ	NO	SÍ	NO	NO	MED. FAVORABLE	MED. FAVORABLE
E11	AMABLE	PAUSADO	SÍ	SI	SÍ	SÍ	SÍ	MED. FAVORABLE	MED. FAVORABLE
E12	AMABLE	PAUSADO	SÍ	NO	SÍ	NO	NO	MED. FAVORABLE	MED. FAVORABLE
E13	MED. A	PAUSADO	SÍ	NO	SÍ	NO	NO	MED. FAVORABLE	MED. FAVORABLE
E14	MED. A	PAUSADO	SÍ	NO	SÍ	NO	NO	MED. FAVORABLE	MED. FAVORABLE
E15	MED. A	PAUSADO	SÍ	NO	SÍ	SÍ	SÍ	MED. FAVORABLE	MED. FAVORABLE
E16	AMABLE	PAUSADO	SÍ	SI	SÍ	SÍ	SÍ	FAVORABLE	FAVORABLE
E17	AMABLE	PAUSADO	SÍ	NO	SÍ	NO	NO	FAVORABLE	FAVORABLE
E18	MED. A	LOCUAZ	SÍ	NO	SÍ	NO	NO	FAVORABLE	FAVORABLE
E19	MED. A	LOCUAZ	SÍ	NO	SÍ	SÍ	SÍ	FAVORABLE	FAVORABLE
E20	MED. A	PAUSADO	SÍ	SI	SÍ	SÍ	SÍ	FAVORABLE	FAVORABLE
E21	MED. A	IMPERATIVO	SÍ	NO	SÍ	NO	NO	MED. FAVORABLE	MED. FAVORABLE

ANEXO 7

PROCESO DE ANÁLISIS Y REDUCCION DE LOS DATOS

¿QUÉ SIGNIFICA PARA USTED SER PROFESIONAL DE ENFERMERÍA?

- “Ser profesional de enfermería es ser una persona con vocación y voluntad de servicio a la humanidad desarrollando cualidades altruistas, es brindar al paciente cuidado directo durante su enfermedad, hasta lograr su recuperación, brindarle rehabilitación que trae satisfacción cuando el paciente sale recuperado del hospital.” E₂, E₃, E₉, E₁₃, E₁₄, E₁₅, E₁₆, E₁₉, E₂₀
- “Ser profesional de enfermería es ser una persona con cualidades humanísticas, delicada, humilde, que sabe escuchar al paciente, para brindar un cuidado según sus necesidades básicas, ser una persona disciplinada con amplio conocimiento que da lo mejor de sí para ayudar al paciente a su recuperación.” E₁, E₆, E₁₁, E₁₂, E₁₈
- “Ser profesional de enfermería es un privilegio y un don para el cuidado sin discriminación a los pacientes, es dar de sí mismo para el bienestar de los demás.” E₅
- “Ser profesional de enfermería es ser disciplinada y con amplios conocimientos, estar al cuidado del paciente y servicio a la comunidad, cumpliendo funciones básicas, asistencial, docente, administrativo e investigativo, aplicando teorías y modelos de enfermería reflejados en el proceso de cuidado de enfermería aprendidos en la universidad.” E₄, E₁₀, E₂₁
- “Ser profesional de enfermería significa interactuar en el entorno profesional, brindar cuidados inmediatos, oportunos y de calidad al paciente, familia y comunidad” E₇, E₈
- “Ser profesional de enfermería es brindar cuidado científico al paciente en toda las etapas de vida, desde el nacimiento hasta después de la muerte, ayudarlo crecer” E₁₇

C. Abierta

Persona con vocación y voluntad de servicio a la humanidad.

PVVSH

Persona delicada y humilde que sabe escuchar

PDHSE

Persona con don para el cuidado sin discriminación

PDCSD

Profesional disciplinada que cumple funciones básicas

DCFBAT

Interactuar en el entorno

profesional y brindar cuidados inmediatos y de calidad

IBCI

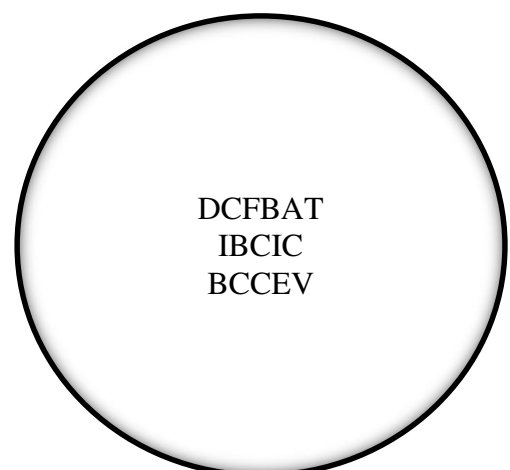
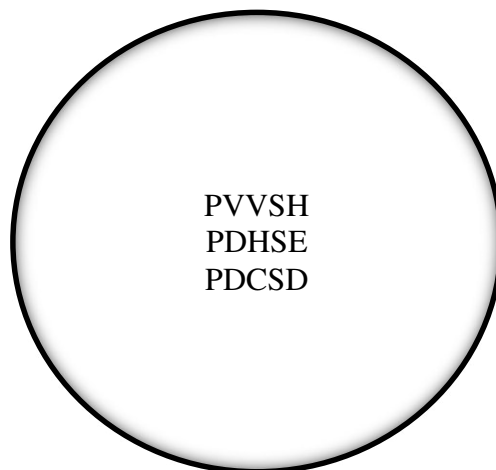
Profesional que brinda cuidado científico en etapas de vida

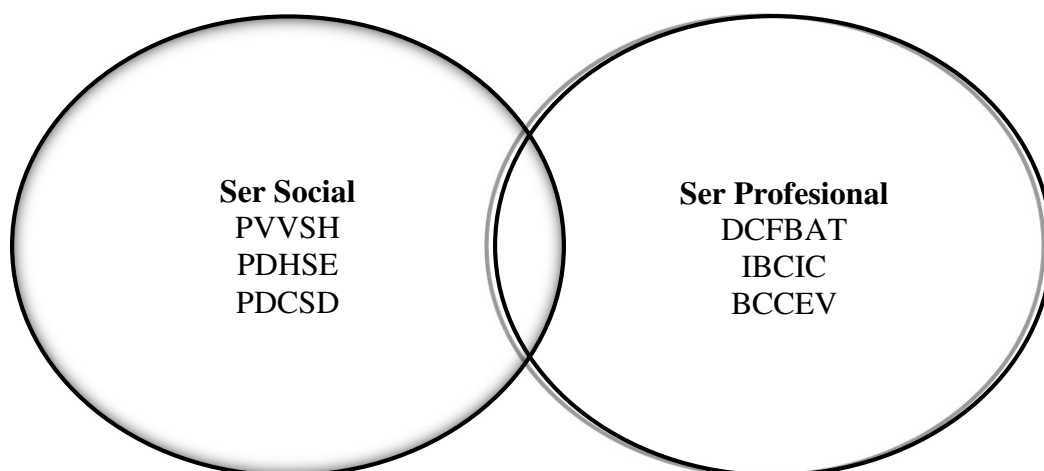
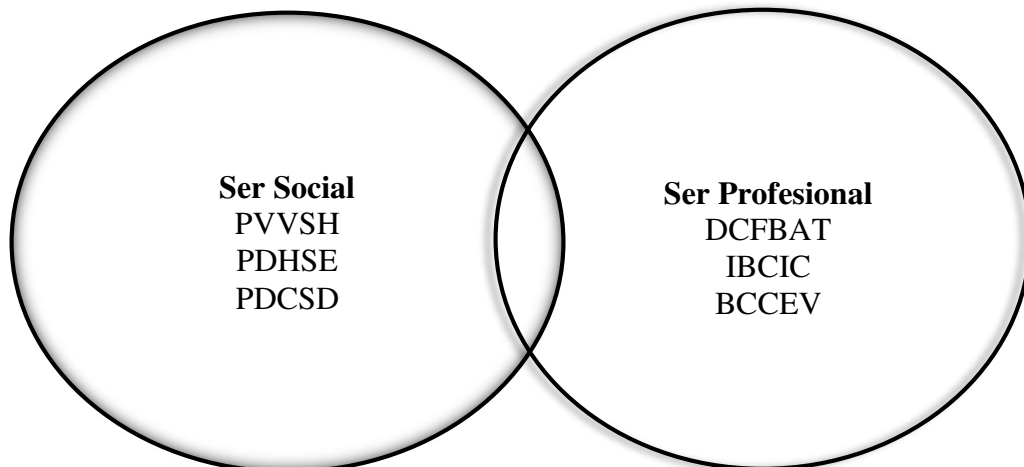
CCEEV

1.- CODIFICACIÓN ABIERTA

- Persona con vocación y voluntad de servicio a la humanidad.
(P-V-V-S-H)
- Persona delicada y humilde que sabe escuchar y atiende necesidades.
(P-D-H-S-E)
- Persona con don para el cuidado sin discriminación buscando el bienestar de los demás.
(P-D-C-S-D)
- Profesional disciplinada que cumple funciones básicas aplicando teorías y modelos reflejados en el proceso de cuidado de enfermería.
(D- C-F-B-A-T)
- Interacción en el entorno profesional y brinda cuidados inmediatos y de calidad al paciente, familia y comunidad.
(I-B-C-I-C)
- Profesional que brinda cuidados científicos en todas las etapas de vida del ser humano.
(-B-C-C-E-V)

INICIANDO LA CODIFICACIÓN AXIAL



IDENTIFICANDO SUB CATEGORÍAS**CODIFICACIÓN SELECTIVA: PRIMERA CATEGORÍA****IDENTIFICANDO EL SIGNIFICADO DEL SER ENFERMERA (0)**

ANEXO 8

Mito-Fabula de Higinio

“Cuidado es la condición Ontológica que constituye al Ser Humano
Sin ella nos deshumanizamos”

“Cierta día, al atravesar un río, Cuidado encontró un trozo de barro.

Y entonces tuvo una idea inspirada. Cogió un poco del barro.

*Empezó a darle forma. Mientras contemplaba lo que había
hecho, apareció Júpiter.*

*Cuidado le pidió que le soplara su espíritu. Y Júpiter lo hizo de buen
agrado.*

*Sin embargo cuando cuidado le quiso dar un nombre a la
criatura que había modelado, Júpiter se lo prohibió. Exigió que se
le impusiera su nombre.*

*Mientras Júpiter y Cuidado discutían, surgió, de repente, la Tierra. Y
también ella le quiso dar su nombre a la criatura, ya que había
sido hecha de barro, material del cuerpo de la Tierra. Empezó
entonces una fuerte discusión.*

*De común acuerdo, pidieron a Saturno que actuase como árbitro.
éste tomo la siguiente decisión que pareció justa:*

*Tú, Júpiter, le diste el espíritu; entonces cuando muera esa criatura,
se te devolverá ese espíritu.*

*Tú, Tierra, le diste el cuerpo; por lo tanto, también se te devolverá
el cuerpo cuando muera esa criatura.*

*Pero como tú, Cuidado, fuiste el primero, el que modelaste a la
criatura, la tendrás bajo tus cuidados mientras viva.*

*Y ya que entre vosotros hay una acalorada discusión en cuanto al
nombre, decido yo: está criatura se llamará Hombre, es decir,
hecha de humus, que significa tierra fértil”*